

UNIVERZITA KARLOVA
3. LÉKAŘSKÁ FAKULTA

Ústav ošetrovatelství



Romana Boumová

**Zkušenosti sester s paliativní péčí v prostředí
intenzivní medicíny**

*Nurses experience with palliative care in an ICU
environment*

Bakalářská práce

Praha, srpen 2021

Autor práce: Romana Boumová

Studijní program: Ošetrovatelství

Bakalářský studijní obor: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: **Mgr. Heřmanová Jana, Ph.D.**

Pracoviště vedoucího práce: **Ústav ošetrovatelství 3. LF UK**

Předpokládaný termín obhajoby: 20. září 2021

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci vypracovala samostatně a použila výhradně uvedené citované prameny, literaturu a další odborné zdroje. Současně dávám svolení k tomu, aby má bakalářská práce byla používána ke studijním účelům.

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací. Potvrzuji, že tištěná i elektronická verze v Studijním informačním systému UK je totožná.

V Praze dne 12. srpna 2021

Romana Boumová

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala paní doktorce Heřmanové za její laskavé vedení, trpělivost a cenné rady a připomínky které mi poskytla při psaní této závěrečné práce. Poděkovat bych chtěla také všem oddělením a zdravotním sestrám, které mi poskytly informace pro empirickou část výzkumu.

Obsah

OBSAH.....	5
ÚVOD.....	6
TEORETICKÁ ČÁST	8
1 PALIATIVNÍ PÉČE.....	8
1.1 PRINCIPY PALIATIVNÍ PÉČE	9
1.2 ETICKO-FILOZOFICKÉ ASPEKTY PALIATIVNÍ PÉČE	10
1.3 DRUHY PALIATIVNÍ PÉČE	13
1.3.1 Základní paliativní péče	13
1.3.2 Specializovaná paliativní péče	13
1.3.3 Formy specializované paliativní péče	13
1.4 PALIATIVNÍ MULTIDISCIPLINÁRNÍ TÝM	15
1.5 PRO JAKÉ NEMOCNÉ JE PALIATIVNÍ PÉČE VHODNÁ	16
1.6 NADĚJE A PALIATIVNÍ PÉČE	18
1.7 HODNOCENÍ KVALITY ŽIVOTA.....	19
1.8 POTŘEBY NEVYLÉČITELNĚ NEMOCNÝCH.....	20
1.9 DŘÍVE VYSLOVENÉ PŘÁNÍ	22
2 KOMUNIKACE	23
2.1 KOMUNIKACE V PALIATIVNÍ PÉČI A SESTERSKÁ PROFESE	23
2.2 SDĚLOVÁNÍ NEPŘÍZNIVÝCH ZPRÁV	24
3 PSYCHICKÁ ZÁTĚŽ PEČUJÍCÍHO PERSONÁLU PŘI PÉČI O NEVYLÉČITELNĚ NEMOCNÉ.....	26
3.1 PSYCHICKÁ ZÁTĚŽ ZDRAVOTNÍKŮ PŘI ROZHODOVÁNÍ O KONCI ŽIVOTA V INTENZIVNÍ PÉČI	27
3.2 SYNDROM VYHOŘENÍ.....	28
3.3 MOŽNÉ INTERVENCE V PŘÍPÁDECH PSYCHICKÉ ZÁTĚŽE PEČUJÍCÍHO PERSONÁLU V PALIATIVNÍ PÉČI.....	29
4 CHARAKTERISTIKA INTENZIVNÍ PÉČE.....	29
4.1 VZTAH MEZI INTENZIVNÍ PÉČÍ A PALIATIVNÍ PÉČÍ	30
4.2 PROBLEMATIKA ETIKY V INTENZIVNÍ PÉČI	31
4.3 PŘECHOD DO PALIATIVNÍ PÉČE V INTENZIVNÍ MEDICÍNĚ	32
EMPIRICKÁ ČÁST	34
5 CÍLE VÝZKUMU	34
5.1 HLAVNÍ VÝZKUMNÝ CÍL:	34
5.2 DÍLČÍ VÝZKUMNÉ CÍLE:.....	34
5.3 VÝZKUMNÉ OTÁZKY:.....	35
5.4 METODIKA VÝZKUMU	35
5.5 VÝBĚR RESPONDENTŮ	36
5.6 ČASOVÝ HARMONOGRAM	37
6 VYHODNOCENÍ	38
DISKUZE A ZÁVĚREČNÉ ZHODNOCENÍ VÝZKUMU	66
ZÁVĚR.....	72
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	74
SEZNAM OBRÁZKŮ, TABULEK A GRAFŮ	76
SEZNAM PŘÍLOH	76
PŘÍLOHY	77

Úvod

Ve zdravotnickém prostředí i ve společnosti se stále více otevírají témata týkající se závěru života a kvality jeho prožívání spjaté se závažným či nevyléčitelným onemocněním. Paliativní péče by měla být cestou, která podpoří závažně nemocné a jejich rodiny v těžkých chvílích a zároveň bude usilovat o co nejkvalitnější prožívání života klienta. Tím můžeme pomoci udržet důstojnost člověka jako celistvé biopsychosociální a spirituální bytosti.

Domnívám se, že pro sestry jako profesionálky je důležité se umět připravit na to, jak pečovat o tyto nemocné a jejich blízké a zároveň i na to, jak se s touto zkušeností vyrovnat. To není nijak lehký ani samozřejmý úkol, neboť i když se situace pozvolna mění a možnosti moderní medicíny se posouvají stále kupředu – témata týkající se smrti jsou v západní společnosti stále do jisté míry vytěšňována.

Jako zdravotní sestra, která se pohybovala po většinu své praxe v intenzivní medicíně, jsem toto téma a potřebu udržet důstojnost nemocných vnímala velmi silně. Přestože jsem se ve své praxi setkávala se závažně nemocnými lidmi, svou práci jsem vnímala spíše jako úkol, boj o zdraví a životy našich pacientů. Paliativní péče pak dala mé práci další rozměr, kterým je partnerství mezi zdravotnickým personálem, nemocným a jeho blízkými. Příběhy lidí, kterým jsme paliativní péči poskytovali, pro mě byly určitou inspirací. Zažili jsme v nich mnoho lidskosti, odvahy a porozumění. Ráda bych se krátce zmínila o jednom z těchto příběhů. Pečovala jsem o pacientku, kterou jsem přijímala na oddělení ARO a která byla již předtím delší dobu léčená v paliativním módu. Pacientka trpěla generalizovaným karcinomem plic, po jehož ošetření měla funkční jen jeden plicní lalok. V průdušnici měla zavedený stent, přes který nebyla schopna odkašlat sputum. Z těchto důvodů a kvůli hromadění CO₂, musela být pravidelně zhruba po 24 hodinách intubována a následně jí byla vždy provedena bronchoskopie. O pacientku jsem pečovala čtyři dny. Paní velmi dobře spolupracovala a prakticky jsme spolu zvládly třikrát extubaci. Zapůsobila na mne jako nesmírně statečná osobnost, měla racionální pohled na svou nemoc, což jsem na ní obdivovala. Díky podpoře paliativního týmu se stihla během dřívější

hospitalizace dokonce i vdát. Během péče o tuto klientku jsem vnímala různá vnitřní dilemata. Péče o ni pro mne byla emocionálně náročná, neboť jsem s pacientkou navázala kontakt a zraňovalo mě to, čím si prochází. Při výměně služeb jsem jednou dokonce i uvažovala, že bych raději požádala o jiného pacienta, ale tuto myšlenku jsem vlastně ihned zavrhla, neboť paní jsem už dobře znala a mohla jí tak o to lépe podpořit. Rozhodně jsem nechtěla, aby na mně viděla, že ji lituji, chtěla jsem jí být hlavně oporou. Jednou jsem se při péči o ní dostala i do konfliktu s ošetřujícím lékařem. Bylo to v situaci, kdy jsem pacientku měla urychleně probudit z umělé spánku a extubovat. U pacientky bylo nutné vykonat několik úkonů, které by zabraly 20 minut, ale já svou pacientku znala a věděla jsem, že pokud sedaci zastavím, - vzbudí se během dvou minut. Chtěla jsem tedy nepříjemné úkony provést, dokud byla pacientka v analgosedaci a dopřát jí tak větší komfort. Ošetřující lékař zprvu nesouhlasil, ale nakonec jsme se dohodli a provedli jsme to dle mého návrhu. Nejtěžší situaci jsem prožila, když mě klientka chytla za ruku a řekla, že už chce zemřít. Pocity, které jsem prožívala se dají jen těžko popsat. Pacientku už nebylo v plánu intubovat, o postupu věděla, dohodla se tak s paliativním týmem a ošetřujícími lékaři. Řekla jsem jí, že má nasazenou analgosedaci morfinu a že jí mohu dávku ještě zvýšit dle ordinace lékaře, že bude více spát a budu jí pravidelně kontrolovat, prostě kdyby se něco dělo, budu tam pro ni. Pacientka tvrdě usnula a probouzela se již jen občas. Ptala jsem se jí, jestli je vše v pořádku, zda jí něco netrápí, odpověděla, že je jí dobře. Druhý den v přítomnosti své rodiny zemřela.

V této práci bych chtěla prozkoumat pohled a prožívání sester pečujících o nevyléčitelně nemocné pacienty v prostředí intenzivní medicíny a otevřít diskuzi, jak by jim bylo možné nelehkou práci usnadnit.

Představa lidské konečnosti může být děsivá, ale co je v životě vlastně nejdůležitější? Domnívám se, že to, jak žijeme, v jaké kvalitě a jak vnitřně prožíváme tady a teď. Proto se domnívám, že paliativní péče je v posledních fázích života nesmírně důležitá nejen pro nemocného, ale i pro jeho nejbližší okolí. Ztráta blízké osoby je jedna z nejbolestnějších zkušeností v životě člověka a empatie a podpora by pak měly patřit mezi hlavní dovednosti zdravotnického personálu. Na druhé straně vyrovnání se s vlastní konečností či se ztrátou může

přinášet do života i pozitivní vhléd. Může jím být motivace, jak svůj život co nejkvalitněji prožít, dát mu určitý horizont. Myslím, že zdravotníci v tomto ohledu většinou životní nadhled mají. I těchto myšlenek bych se chtěla ve své bakalářské práci dotknout a ověřit je.

Teoretická část

1 Paliativní péče

Pojem paliativní péče se historicky vyvíjel a ani dnes neexistuje jednotné vymezení odborníků na to, co přesně paliativní péče je. (2, s. 16-17) V laickém kontextu se za ní považuje péče o nevléčitelně nemocné, či umírající pacienty. Z odborného hlediska neexistuje jedna všeobecně uznávaná definice toho, co je to paliativní péče. Výklad se může lišit dle kulturního či historicky sociologického rámce. Uvádím zde pro srovnání 2 definice toho, co je to paliativní péče:

„Paliativní péče je součástí péče na konci života. Paliativní péče pomáhá pacientům s nevléčitelným onemocněním cítit se co možná nejkomfortněji, mírněním bolesti a dalších obtíží. Nemocnému a jeho rodině, či blízkým poskytuje psychologickou, sociální a spirituální podporu. To se nazývá holistickým přístupem, neboť k člověku přistupuje v jeho celistvosti a nezaměřuje se pouze na onemocnění, či jeho projevy. Paliativní péče se netýká pouze konce života – je možné ji poskytovat i dříve při propuknutí nemoci, kdy pacient ještě podstupuje další léčbu.“

(překlad autorky, 20)

„Paliativní péče je přístup, který zlepšuje kvalitu života pacientům (dospělým i dětským) a jejich rodinám, pokud se potýkají s problémy spjatými s život ohrožujícím onemocněním. Předchází a ulevuje od utrpení pomocí včasného rozpoznání, správného posouzení a léčby bolesti a dalších problémů, ať už fyzických, psychosociálních či spirituálních.“

(překlad autorky, 21)

Dále mě zaujalo, jak hovoří o paliativní péči doktorka Kateřina Rusinová z paliativního týmu ve VFN v Praze. Vysvětluje, že paliativní péče je obor, který si klade za cíl maximalizovat kvalitu života člověka, který závažně onemocněl a to v různých fázích prožívání závažné nemoci. (13)

Dalo by se říci, že různé definice a výklady mají společný průsečík, stejný cíl, a tím je snaha o maximální možnou kvalitu života nemocného a jeho blízkých.

Doktor Ondřej Kopecký a jeho spolupracovníci z paliativního podpůrného týmu ve VFN se ve svém článku o integraci paliativní péče v akutní péči zmiňují o tom, že metaanalýzy 43 studií týkajících se poskytnutí paliativní péče pacientům s různými diagnózami v ambulantní a nemocniční léčbě ukazují, že dochází ke z kvalitnění života nemocných, zlepšuje se symptomatologická zátěž, nemocní se cítí spokojenější a jejich blízcí také. Prodloužení či zkrácení délky života, studie neprokázaly. Dalšími pozitivními vlivy paliativní péče může být snížení frekvence opakované hospitalizace, větší zachování integrity a autonomie člověka, snadnější vyrovnání se blízkých s nastalou situací a někdy i lepší zvládnutí truchlení či větší spokojenost s péčí a snížení stresu. Integrovaná paliativní péče také zkracuje dobu hospitalizace a může snížit náklady na léčbu. (16, s 449-450)

1.1 Principy paliativní péče

Paliativní péče vnímá proces umírání jako přirozenou součást lidského života. Klade důraz na individualitu člověka, která je ovlivněna fyzickými, psychickými, duchovními, sociálními a kulturními potřebami. Respektuje priority nemocného a jeho blízkých. Soustředí se na plnění potřeb a přání nemocného a jeho rodiny. Paliativní péče pracuje s multiprofesním týmem, který zahrnuje lékaře, ošetřovatele, sociální pracovníky a duchovní. Pomáhá zvládat smutek a poskytuje oporu příbuzným a blízkým umírající osoby. Oporu poskytuje i po smrti blízkého člověka. (11)

1.2 Eticko-filozofické aspekty paliativní péče

Základní kameny paliativní péče tvoří eticko-filozofický, medicínský, legislativní, ekonomický a organizační aspekt. Všechny jsou důležité a díky jejich vzájemné spolupráci je na nich možné úspěšnou paliativní péči postavit. Přesto je eticko-filozofické východisko tím hlavním, které vymezuje a určuje směr paliativní péče. Základní hodnotou a nejvyšším principem, který předkládá je úcta k životu, a to i ve specifických podmínkách umírání. (6, s. 21)

Umírání může teoreticky probíhat třemi způsoby. Prvním z nich je tzv. dystanazie, která se někdy také překládá jako „špatná smrt“. Jedná se o neetický přístup či způsob umírání, při kterém se lékaři snaží všemi dostupnými prostředky udržet umírajícího co nejdéle při životě a to i v situacích, kdy by biologicky již dávno zemřel (např. mozková smrt). Tento přístup nereflektuje prožívání umírání ani neposkytuje podporu či zmírnění utrpení, které člověk prožívá. Jeho opakem je paliativní péče, která hledá způsoby zmírňování utrpení a podpory nemocného a jeho blízkých. Nepodporuje nepřínosnou léčbu, ale snaží se o účelné řešení obtíží nemocného.

Dalším způsobem, jak je možné v některých zemích zemřít je tzv. eutanázie, v překladu tedy „dobrá smrt“. Doktor Zdeněk Kalvach eutanázii definuje, jako: „*vědomé ukončení bolestného trpícího života lékařem na přání kompetentního pacienta*“. (6, s. 22) V České republice tento postup uzákoněn není. Eutanázie je v západním světě velmi diskutované téma a některé země Evropy tento postup umožňují. Z pohledu paliativní péče je eutanázie nepřijatelná.

O paliativní péči mluvíme jako o tzv. „doprovázení“ při kterém dochází k mírnění či nejlépe eliminaci utrpení, ne však k urychlení smrti. Pokud se nemocný rozhodne vstoupit do paliativní péče, není možné, aby ošetřující zdravotníci vnímali, jako někoho, kdo má jeho život co nejdříve ukončit a nepřináší žádnou naději pro léčbu komplikací, zachování možného a poskytnutí úlevy. Je nutné, aby nemocnému byla poskytnuta maximální péče pro úlevu od symptomů a pokud je to možné i léčba komplikací. Zároveň je třeba se snažit o zachování maximální autonomie pacienta. V diskuzi o eutanázii se můžeme setkat s různými dilematy, které je potřeba objasnit např. v otázkách týkajících se

podávání léčiv. Jedná-li se o podávání léků, které mají za cíl zkracovat život nevyléčitelně nemocného člověka a to přímo po bezprostředním podání léku či opakovaném podání léku, je tento přístup v České republice z etického a právního hlediska nepřijatelný. Podává-li se lék za účelem snížení výskytu těžkých obtíží, jako je například nesnesitelná bolest, může lék pomoci při zvládnutí posledních těžkých okamžiků nemoci. Lékař by se v případech, kdy to stav pacienta vyžaduje, neměl použití opiátů vyhýbat a to ani ve vysokých dávkách i přes to, že opiáty mohou umírání uspišit. Prioritní pro něj má být zbavit nemocného nesnesitelného utrpení. Eutanázie může být problematická i z jiných důvodů, které představují obavy z její zneužitelnosti. Doktor Kalvach píše o domnělém pocitu tzv. „domněle trpícího a domněle bezcenného života“, při kterém se můžeme domnívat, že nějaký život ztratil svou cenu v důsledku onemocnění. Může jít například o duševně nemocné, chronicky nemocné, či nesoběstačné seniory, na které by v prostředí nedostatečné následné péče mohl být vyvíjen nátlak na podání žádosti o eutanazii. Nelze garantovat, že by se tento falešný pocit nemohl projevit i u zdravotníků. Takové rozhodování by se ale podobalo spíše přístupu selekce životů, který hrůzně předvedla nacistická ideologie. Dalším problémem vykonávání eutanázie je fakt, že by o ni mohli žádat i lidé, kteří třeba smrtelnou nemoc nemají, ale kteří z důvodu zmenšující se soběstačnosti a přibývajících chronických potíží přišli o radost ze života. Může se jednat o nemocné, kteří si uvědomují progresy své nemoci, jako např. Alzheimerova nemoc a další formy demence apod. Tito lidé se často obávají ztráty své autonomie a důstojnosti. K řešení této problematiky bude jistě zapotřebí mnoha dalších pohledů, které samotná zdravotní péče neobsáhne. (6, s. 23-26)

Paliativní péče zahrnuje mnohem širší přístup, než pouhé odstoupení od nepřínosné léčby či pouhé tlumení bolesti. Jejím cílem má být naplnit obecně lidské potřeby umírajícího v maximální možné míře. Toto se týká především důstojnosti a základní potřeby „být někým – být považován za člověka, který má svou důstojnost, hodnotu, kterému se proto dostává potřebné pozornosti, ohledu a úcty od druhých lidí“. (6, s. 28) Umírající se častokrát potýká s různými obavami, strachy, úzkostmi, samotou, opuštěností a prázdnotou. Klade si otázky, na které se často velice těžko hledá odpověď, jako např. „Co mě čeká, je to vážně

pravda, má něco ještě smysl?“. V takových případech je pro umírajícího někdy lepší, když s ním empatický ošetřovatel na chvíli posedí a podá mu ruku, než pouze hypnotika. (6, s. 27-30)

Rozhodování o tom, zda aplikovat různé invazivní intervence v paliativní péči je mnohdy pro lékařský personál velice obtížné. Neexistují jednoznačná doporučení, který výkon a za jakých okolností ještě poskytnout či nikoliv. Ke každému pacientovi je třeba přistupovat individuálně. Mnohdy narážíme na tzv. problém Skyly a Charybdy, kdy předem dopředu nevíme, která z možností je ve skutečnosti lepší. Pomocí při rozhodování mohou např. konzultace v rámci širšího multidisciplinárního týmu, sledování reakcí pacienta a jasná komunikace s respektem k přáním pacienta. (6, s. 31)

Mezi základní hodnoty, které je třeba u paliativních pacientů chránit, zachovávat a posilovat patří beze sporu i důstojnost. Ta může být vázána na různé aspekty lidského života – např. na sociální postavení, mravní integritu, roli ve společnosti, nebo náboženské přesvědčení. V poslední fázi života může docházet k narušení lidské důstojnosti pacienta v souvislosti s různými lékařskými úkony, nemohoucností, ztrátou autonomie nebo úplného vědomí sebe sama v důsledku neurodegenerativních onemocnění. Personál pečující o paliativní pacienty by měl jejich důstojnost do maximální možné míry respektovat a snažit se ji zachovat a posilovat. Docílit toho můžeme kupříkladu zaváděním odpovídajících konverzačních témat, citlivým přístupem k lékařským výkonům, respektováním přání pacienta, či např. vyvarováním se zlehčujících proslovů, nebo familiárních oslovení. (6, s. 32-34)

S důstojností se úzce váže i pojem osobní autonomie člověka. Jedná se o složitý multidimenzionální jev, který docentka Dana Sýkorová definuje jako: *„složitý jev zahrnující nezávislost a svobodu, ... má dimenzi funkcionální, tělesnou a smyslovou, postojovou, emocionální a konfliktní. S osobní autonomií se pojí soukromí, důstojnost jedinců, již je autonomie základem, integrita osobnosti, individuální odpovědnost.“* (6, s. 34) Pokud je paliativní péče poskytování v institucionalizovaném prostředí, pak nároky osobní autonomie pacienta nemůže zcela naplnit. Ošetřování v rámci terénní péče či mobilních hospiců je v tomto ohledu vstřícnější, ani tam však není vždy záruka osobní autonomie plně

zaručena. Pacienta je nutné se ptát na jeho názor, či preference týkající se např. pořadí různých aktivit, podporovat ho v napomáhání při ošetrovatelských úkonech a respektovat jeho přání např. nebýt vyživován parenterální výživou nebo resuscitován. V případě ztráty schopnosti o sobě rozhodovat na tyto možnosti myslí legislativa ČR v rámci tzv. předem vysloveného přání. (6, s. 34-36)

1.3 Druhy paliativní péče

1.3.1 Základní paliativní péče

Základní nebo obecnou paliativní péči poskytují všichni zdravotníci v rámci svého oboru. Péče se zaměřuje na rozpoznání symptomů a ovlivňování průběhu těžké nemoci. S nemocným pracuje jako s bytostí s fyziologickými, biopsychosociálními a spirituálními potřebami a snaží se o účelnou komunikaci a respektování potřeb nemocného. (2, s. 18-19)

1.3.2 Specializovaná paliativní péče

Je paliativní péče poskytovaná specialisty vzdělanými v oboru paliativní medicíny. Věnuje se klientům, kteří v jsou v situaci, kdy jejich potřeby převyšují možnosti plnění obecné paliativní péče. To může být způsobeno například rychle progredujícím onemocněním a nemocného i jeho rodinu je potřeba podpořit v širším kontextu. (2, s. 18-19)

1.3.3 Formy specializované paliativní péče

Specializovaná paliativní péče může být poskytována v několika formách. Jsou to zařízení jako tzv. lůžkový hospic, kde je dostupná zdravotní péče, ale zároveň se klade maximální důraz na pohodlí a potřeby klienta. Pokud má nemocný podporu rodiny, která se o něj zvládne postarat v domácím prostředí, je možné realizovat tzv. mobilní hospic. Kladené nároky na pečující osoby jsou

v takovém případě velké, přebírají totiž nepřetržitou odpovědnost za péči o svého blízkého. Situace bývá psychicky náročná a i z hlediska materiálního zabezpečení může být tento způsob velmi náročný. Pobyt ve známém prostředí a mezi svými nejbližšími má na druhé straně spoustu benefitů zejména pro klienta. Další možnou formou je navštěvování speciální ambulance paliativní medicíny, kde působí paliativní tým, který může v rámci zdravotnického zařízení pracovat formou konzilií. Existují také specializovaná oddělení paliativní péče. Paliativní péče se může poskytovat také stacionárním způsobem. Poradenství pomocí telefonického spojení nebo internetu poskytují speciální hospicové poradny. (3, s. 28-29) V rámci VFN, kde jsem jako sestra působila 8 let jsem měla šanci pozorovat zavádění specializované paliativní péče do praxe. Nejprve šlo o poskytování konzultací s paliativním týmem, který vznikl v roce 2014 pod vedením doktorky Kateřiny Rusinové a doktora Ondřeje Kopeckého. Doktorka Rusinová prohloubila své odborné znalosti v oblasti paliativní péče během svých profesních stáží ve Francii a následně je na našem oddělení ARO aplikovala nejprve formou citlivých rozhovorů a zjišťováním přání pacientů nebo jejich blízkých, kam až s kurativní péčí zajít. Na počátku byly snahy vést tyto rozhovory za stálé účasti ošetřujících sester. Z důvodů časového vytížení sester v nich tímto způsobem bohužel nebylo možné pokračovat. I tak to pro mne byla velice přínosná zkušenost, neboť jsem viděla, jak se takový rozhovor s pacientem vede, jaké jsou obvyklé reakce a přání rodiny, to mi mnohdy pomohlo přizpůsobit ošetrovatelskou péči. Respektovat jsme se snažili i různá přání spjatá s rozdílnými etniky, či např. věřícími. Romským pozůstalým jsme poskytli možnost si zemřelého pacienta sami umýt, věřícím jsme poskytovali možnost posledního pomazání, setkali jsme se i s mnoha léčiteli, či prostým přáním být přítomný během umírání rodinného příslušníka lékaře z vedlejšího oddělení. Po pozitivní odezvě se možnosti paliativní péče ve VFN začaly postupně rozšiřovat ve spolupráci s doktorem Kopeckým, který přinesl další zkušenosti ze své zahraniční praxe v Německu. Postupně se vytvářel multidisciplinární tým s účastí např. psychologů doktorky Zuzany Čepelíkové, staničních sester, externě spolupracujících duchovních z kostela sv. Ignáce a nemocničních sociálních pracovníků. Velmi jsem uvítala, že doktorka Čepelíková nabídla a poskytovala

možnosti konzultací a supervize i pro nás, jako ošetrovatelský personál. Tyto konzultace byly rozšířeny do formy odborných seminářů, ve kterých nás učila, jak komunikovat. Na praktických cvičeních jsme se vžívali do role umírajících pacientů či jejich blízkých, díky tomu jsme je mohli lépe pochopit. Ráda jsem navštěvovala i semináře určené pro mediky z 1. LF UK, na kterých vystupovali členové paliativního týmu a probírala se různá témata, jako např. komunikace, legislativní rámec paliativní péče, pohled sociální pracovnice, duchovního. Dále vznikla klinika paliativní péče se svojí vlastní ambulancí v areálu nemocnice, kam mohou pacienti a jejich rodiny docházet. Velkou část práce multidisciplinárního týmu však stále tvoří osobní návštěvy za pacienty v nemocnici na základě žádostí ošetřujících lékařů.

1.4 Paliativní multidisciplinární tým

Paliativní péče vyžaduje multidisciplinární přístup. Proto v paliativním týmu nebo také multidisciplinárním týmu, jak název napovídá, nalezneme různé odborníky. Tým je nejčastěji složen z lékařů, sester, psychologů, sociálních pracovníků, duchovních, psychiatrů, fyzioterapeutů apod. Profese, které se v péči uplatňují, korespondují s potřebami klienta. Každý z nich nabízí svůj pohled na problematiku paliativní péče. Lékaři v týmu mají často specializaci jak v odbornosti paliativní medicíny, tak i v dalších medicínských oborech. Sestra zaujímá nezastupitelnou roli v péči o nemocného, je profesionálkou, která neustále monitoruje potřeby klienta a jeho rodiny. Jsou na ni kladeny vysoké nároky, např. na její roli komunikátorky, kdy bývá často jedním z prvních odborníků, se kterým se nemocný setkává a klade jí dotazy, může se jí svěřovat se svými obtížemi atd. Sestra tráví ve zdravotnickém zařízení s nemocným také většinou nejvíce času. Jejím úkolem je sbírat poznatky a dále je předávat ostatním členům týmu a podílet se na řešení vzniklých problémů. (5, s. 35-36)

1.5 Pro jaké nemocné je paliativní péče vhodná

Paliativní péče je vhodná pro ty pacienty či klienty, kteří z ní mají prospěch. Nejčastěji jsou to nemocní, jímž bylo z pohledu moderní medicíny diagnostikováno nevyléčitelné onemocnění, u kterého kurativní léčba již nezabírá, a to v různých stádiích nemoci nebo nemocí. Nevyléčitelné choroby mohou mít různé předpokládané prognózy. Délka přežití a projevení symptomů se může taktéž lišit. (9, s. 25-30) Mezinárodní asociace hospicové a paliativní péče nabízí k již zmíněné definici WHO svou definici paliativní péče a rozšiřuje ji i o doporučení pro vlády jednotlivých zemí.

„Paliativní péče je aktivní holistická péče o jedince bez rozdílu věku, kteří trpí závažnými zdravotními obtížemi způsobenými vážným onemocněním, především pak o ty, kteří jsou blízko konci života. Klade si za cíl zlepšit kvalitu života pacientů, jejich rodin a pečujících.

Paliativní péče:

- *Zahrnuje prevenci, včasné rozpoznání, důkladné zhodnocení a péči o fyzické obtíže včetně bolesti a dalších obtížných symptomů, psychologických obtíží, spirituálních obtíží a sociálních potřeb. Tam, kde je to možné by zásahy měly být založeny na faktických základech.*
- *Poskytuje pacientům podporu, aby žili až do smrti co nejplnohodnotněji, jak je to jen možné tím, že zprostředkovává efektivní komunikaci a pomáhá jim i jejich rodinám stanovit cíle péče.*
- *Je aplikovatelná v průběhu onemocnění dle potřeb pacienta.*
- *Je poskytována ve spojení s léčebnými terapiemi, kdykoliv je potřeba.*
- *Může pozitivně ovlivnit vývoj nemoci.*
- *Nemá za cíl smrt ani uspišit, ani oddálit, potvrzuje život a uznává umírání jako přirozený proces.*

- *Poskytuje podporu rodině i pečujícím během pacientovi nemoci a jejich prožívání ztráty.*
- *Je poskytována v souladu s respektem a uznáním kulturních hodnot a víry pacienta a jeho rodiny.*
- *Je možná v rámci všech oblastí zdravotní péče (vzhledem k místu bydliště a institucím) a na všech úrovních (primární až terciární).*
- *Může být poskytována profesionály s tréninkem základní paliativní péče.*
- *Vyžaduje spolupráci s multidisciplinárním týmem v komplexních případech.*

Za účelem integrace paliativní péče by vlády jednotlivých zemí měly:

1. *Přijmout příslušná nařízení a standardy pro zahrnutí paliativní péče do zdravotnických zákonů, národních zdravotnických programů a rozpočtů.*
2. *Zajistit, aby paliativní péče byla zahrnuta do programů plnění zdravotních pojišťoven.*
3. *Zajistit přístup k nezbytným lékům a technikám pro úlevu od bolesti a paliativní péči včetně předpisů pro pediatrii.*
4. *Zajistit, že paliativní péče je součástí všech zdravotnických služeb (od komunitních programů až po nemocnice), že se posouzení dostane každému, kdo ho potřebuje a že veškerý personál bude schopen poskytovat základní paliativní péči s možností konzultací se specializovanými týmy.*
5. *Zajistit přístup k odpovídající paliativní péči křehkým skupinám včetně dětí a starších osob.*
6. *Spolupracovat s univerzitami, akademiemi a nemocnicemi, kde probíhá výuka tak, aby zahrnuly paliativní výzkum i paliativní výcvik jako nedílnou součást základního, pokročilého, specializovaného a kontinuálního vzdělávání.*

(překlad autorky, 22)

1.6 Naděje a paliativní péče

Lidé, kteří prožívají závažné onemocnění se často upínají k naději, že se jejich život zase vrátí do „starých kolejí“. Naděje je přirozený mechanismus, který nám pomáhá zvládat emočně náročné situace. Je však možné hledat a nacházet naději i v případech, kdy má vážně nemocný člověk před sebou prognózu díky které ví, že jeho čas je omezený? Logicky bychom v takových případech mohli očekávat spíše prožívání beznaděje. Doktor Loučka, psycholog, který se věnuje paliativní péči vysvětluje, že tomu nemusí být tak, jak se na první pohled může zdát. Odpověď lze hledat v cílech paliativní péče. Představa, že naději nacházíme jen ve vidině zázračného uzdravení, je mylná. Odborné studie nám ukazují, že vážně nemocní lidé netouží jen po zdravém a dlouhém životě. Jsou pro ně důležité i jiné věci a podstatnější pro ně je udržení důstojnosti a kvality života. Raději zvolí kvalitu než pouhé prodlužování života, například pomocí přístrojové techniky. Chtějí mít možnost komunikovat o svém stavu se zdravotníky s důvěrou a otevřeně. Zdravotníci, ale i pacienti mohou v prvních okamžicích po zjištění závažného onemocnění podlehnout šoku, který je může vést ke krátkozraké reakci na vzniklou situaci. Přijmout takovou informaci je pro všechny zúčastněné náročné, a tak mohou mít tendenci situaci zlehčovat, anebo popírat. Přestože je tato reakce mnohdy myšlena dobře, je nutné se vyvarovat vytváření tzv. „falešných nadějí“, neboť ty dříve, či později nedojdou svého naplnění a namísto toho mohou u pacienta způsobit frustraci, špatné rozhodování o další péči atd. Vyvarování se vytváření falešných nadějí platí i pro tzv. „terapeutické privilegium“. Jedná se o situaci, ve které se zdravotník rozhodne pozdržet podání informací o zdravotním stavu nemocnému, neboť se domnívá, že by mu takovou informací v danou chvíli neprospěl, nebo ještě více ublížil. Jako argument proti takovému přístupu doktor Loučka zmiňuje studie, které naznačují, že i z těžkých rozhovorů nemocní těží ve smyslu lepšího rozhodování. Navíc nebylo prokázáno, že by ani těžké a náročné rozhovory s pacienty vedly např. k prohloubení jejich depresivních stavů. Falešné naděje však ke zklamání a frustraci dříve či později vedou.

Naděje pro nevléčitelně nemocné spočívá ve stanovování krátkodobých cílů. Tyto cíle se mohou týkat např. prožívání vztahů, nebo tlumení nežádoucích symptomů nemoci. Klíčem ke stanovení cílů je citlivá a otevřená komunikace. Témata, která by mohla pomoci udržet naději nevléčitelně nemocného, se týkají udržení autonomie, dobrých vztahů s blízkými osobami, naděje poklidné smrti, zanechání svého odkazu, určení úspěchů a důležitých momentů v životě. Další studie prováděná s pacienty s terminálním onkologickým onemocněním ukazuje, že tito lidé naději vnímali jako něco, co život stvrzuje a smrt přitom nepopírá. Naproti tomu někteří lidé mohou stále doufat v zázrak, a proto podstupují maximální možnou léčbu i s vidinou velmi nejistého výsledku. Zdravotnický personál může pacientovu prognózu vnímat jinak, než sám nemocný, respekt a empatická komunikace je nicméně na místě vždy. Každý člověk, který onemocní závažnou a nevléčitelnou nemocí, musí hledat svou individuální strategii ke zvládnutí této těžké situace. Proto je nutné najít si pro nemocného dostatek času a vést rozhovory o jeho strachu, přáních či touhách tak, aby se jeho naděje mohly naplnit, jak jen to bude možné. (15, s. 113-115)

1.7 Hodnocení kvality života

Hlavní vizí paliativní péče je zlepšovat kvalitu života nemocného se závažným onemocněním a podporovat jeho blízké. Hodnotit kvalitu lidského života je poměrně složité, neboť každý člověk má jiné výchozí podmínky a každý má jiný životní příběh. Na problematiku je potřeba se dívat uceleně a komplexně. Člověka je nutné vnímat holistickým způsobem a brát v úvahu všechny jeho aspekty a bio-psycho-socio-spirituální potřeby. Otevírají se zde otázky, ve kterých se ptáme na smysl života a samotného lidského bytí. Kvalita života je úzce spjatá s potřebami člověka a jejich uspokojováním. Protože každá lidská bytost je originál, jsou i její potřeby a potřeby její rodiny či blízkých individuální. Pokud člověk onemocní, jeho žebříček hodnot se může často změnit a následně se mění i jeho potřeby. Abychom mohli dobře vyhovět potřebám nemocného a jeho blízkých, musíme porozumět i jejich hodnotám.

Hodnoty můžeme rozdělit do tří základních skupin. První skupina pojednává o hodnotách tvůrčích a týká se práce, zaměstnání, nebo budování něčeho v čem dotyčný vidí smysl. Další skupinou hodnot jsou hodnoty prožitkové, jak název napovídá, jedná se o hodnoty, u kterých je pro nás důležité to, co prožíváme. Můžeme prožívat a vnímat např. krásu nebo i city jako je láska ve všech formách. Třetí skupinou hodnot jsou hodnoty postojové, které specifikují náš postoj k určité životní situaci. (7)

Když bychom poté chtěli přejít k významu pojmu samotné „kvality života“, našli bychom v literatuře nejčastěji definice spjaté s pocitem osobní pohody. Proto je tento ukazatel pro paliativní péči důležitý a může pomoci nasměrovat nastavení konkrétní léčby a podpory klienta.(7, s 38-39)

1.8 Potřeby nevyléčitelně nemocných

Lidské potřeby a jejich naplňování lze popsat několika způsoby. Obecně jde o stav, kdy je saturován požadavek, který je nutný pro biopsychosociální fungování člověka a dosažení rovnováhy. Potřeby moderního člověka a jejich priorita se mohou během života a vývoje člověka měnit.

Jednou z nejznámějších teorií zabývajících se potřebami a jejich seřazením je pravděpodobně Maslowova pyramida (potřeb). Jako základní potřeby ve své pomyslné pyramidě Maslow definoval potřeby týkající se fyziologie. Na nich pak staví potřeby jistoty a bezpečí a dále pak potřebu lásky, přijetí či pocit sounáležitosti. V předposledním patře se nachází potřeba úcty či uznání a na samém vrcholu je pak potřeba seberealizace.



Obrázek č. 1. zdroj: https://cs.wikipedia.org/wiki/Maslowova_pyramida

V paliativní péči se díváme na potřeby holistickým způsobem, tedy celistvě. Lidská bytost má potřeby biologické, psychické, sociální a spirituální. Pro vyhodnocování potřeb člověka, který je ohrožen nevyléčitelnou nemocí je důležitá otevřená, empatická komunikace a diskuse. Závažná nemoc může hierarchii potřeb měnit, některé potřeby mohou vznikat či se nově projevovat, nebo dostávat vyšší prioritu. Příkladem mohou být potřeby spirituální, kterým dříve nemocný nemusel věnovat pozornost. (2, s. 40-42)

Pacient, který se nachází v terminálním stádiu nemoci má nejčastěji potřeby týkající se zbavení bolesti, mírnění utrpení, potřebu přítomnosti blízké osoby, potřebu klidného prostředí a šance zaopatřit či dořešit záležitosti, které jsou pro něj důležité. Priority potřeb se mohou vlivem stavu nemocného dynamicky měnit. Strach z umírání a komplikace s tím spojené, jako např. ztráta soběstačnosti, negativně ovlivňuje psychický stav člověka. Je tedy nutné na jeho potřeby citlivě reagovat. Strach může plynout i z pocitu ztráty důstojnosti a autonomie. Úkolem paliativní péče je tyto potřeby naplňovat v co nejvyšší možné míře. K nemocnému přistupuje partnersky a respektuje jeho vůli, čímž posiluje jeho autonomii a zvládání negativních pocitů. Spirituální potřeby se často objevují v poslední fázi onemocnění a netýkají se jen lidí s náboženským přesvědčením. Mohou se týkat potřeb odpuštění, bolesti, utrpení, hledání smyslu života, naděje a lásky. Pokud nemocný projeví zájem o návštěvu duchovní osoby, nebo jiného odborníka, mělo by mu to být umožněno. Potřeba rozloučení je spojena s emocionální bolestí, ale nemocnému ulehčuje odchod a smíření se s osudem. Potřeba odpuštění může mít souvislost s osobou nebo situací, která nemocného trápí a odpuštění mu může pomoci odstranit těžkosti, ke kterým se jeho mysl vrací. Velmi častá je také potřeba naděje, že nemocný bude mít nablízku své milované a nebude na svůj odchod sám. Člověk, který má vědomí omezeného času, má také potřebu bilancovat svůj život. Vyzdvihnout to, co se v životě podařilo, co je a bylo krásné a odložit to, co není důležité. (17)

1.9 Dříve vyslovené přání

Dříve vyslovené přání je dokument, který je v České republice legislativně upraven v zákonu o zdravotních službách. Dokument zaznamenává vůli nemocného v písemné podobě. Má vyjádřit postoj a rozhodnutí, o kterých by nemocný vlivem zhoršení svého zdravotního stavu již nemusel mít šanci rozhodnout. Zpravidla obsahuje instrukce jako například odmítnutí nějakého lékařského výkonu či možností léčby. Nemocný může odmítnout i život zachraňující léčbu. Zároveň by toto přání mělo obsahovat i jaký postup a léčbu si v dané situaci nemocný přeje, jaké má preference a hodnoty. Dokument může sloužit jako vodítko pro lékaře, jakým způsobem by měla být vedena péče o nemocného. (19, s. 32) Mohou ovšem nastat i situace, kdy předem vyslovené přání není třeba či přímo nelze respektovat. Tyto situace jsou definovány v paragrafu 36 Zákona č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách):

„(5) *Dříve vyslovené přání*

- a) není třeba respektovat, pokud od doby jeho vyslovení došlo v poskytování zdravotních služeb, k nimž se toto přání vztahuje, k takovému vývoji, že lze důvodně předpokládat, že by pacient vyslovil souhlas s jejich poskytnutím; rozhodnutí o nerespektování dříve vysloveného přání pacienta a důvody, které k němu vedly, se zaznamenají do zdravotnické dokumentace vedené o pacientovi,*
- b) nelze respektovat, pokud nabádá k takovým postupům, jejichž výsledkem je aktivní způsobení smrti,*
- c) nelze respektovat, pokud by jeho splnění mohlo ohrozit jiné osoby,*
- d) nelze respektovat, pokud byly v době, kdy poskytovatel neměl k dispozici dříve vyslovené přání, započaty takové zdravotní výkony, jejichž přerušeni by vedlo k aktivnímu způsobení smrti.*

(6) Dříve vyslovené přání nelze uplatnit, jde-li o nezletilé pacienty nebo pacienty s omezenou svéprávností.“

(23)

2 Komunikace

Komunikace patří mezi nezbytné dovednosti zdravotnického personálu a je nutné ji v praxi prohlubovat. Obecně se dá říci, že ve zdravotnictví se jedná o způsob předávání informací jak mezi zdravotníky, tak i vůči nemocnému a případně i jeho blízkým. Komunikace probíhá prostřednictvím slov, pozorováním projevů, které při komunikaci vznikají a následnou reakcí na ně. Mluvíme tedy o verbální i neverbální komunikaci a obě složky spolu vzájemně korespondují. Ve zdravotní péči má komunikace důležité a neodmyslitelné místo, neboť je součástí profesionální výbavy zdravotníků. Komunikace slouží zdravotníkům jako zdroj informací o nemocném a zároveň díky ní navazují s nemocným vztah a kontakt. Zdravotníci si uvědomují, že vlivem nemoci klienta může dojít ke ztížení komunikace a hledají způsoby, jak komunikaci mezi nimi a nemocným přizpůsobit a zlepšit. (20, s 83-85)

2.1 Komunikace v paliativní péči a sesterská profese

Některé studie ukazují, že dobrá komunikace může nemocným usnadnit jejich těžkou situaci a zlepšit symptomy terminálního onemocnění. Pozitivně ovlivňuje duševní stav nemocného a pomáhá naplňovat jeho potřeby, čímž zlepšuje kvalitu jeho života. V praxi se můžeme setkat i se speciálními způsoby podpůrné „terapeutické komunikace“, která má za účel záměrně zjišťovat emocionální problémy a obavy pacienta. Takovou komunikaci může pacientovi nabízet buď přímo sestra, nebo jej v případě nutnosti delegovat ke specialistovi, jakým může být například klinický psycholog. V základní paliativní péči může být pro sestru bariérou nedostatek vzdělání o komunikaci s pacientem v terminálním stádiu onemocnění, nebo může k rozhovorům docházet spíše náhodně, neboť sestry jsou často omezeny časovou tísní. Předpokladem pro efektivní paliativní komunikaci jsou znalosti, empatie, respekt, důvěra, klidné prostředí a dostatek času. Mezi další dovednosti, které jsou důležité pro vedení rozhovoru patří schopnost vyjasnit si témata rozhovoru, umět získat informace, umění naslouchat a vyhodnotit verbální i neverbální projevy, umět objasnit

problém a navrhnout možné řešení či doporučit vhodného specialistu. Je potřeba, aby sestry dokázaly odhadnout příčiny psychické nepohody nemocného a byly si vědomy/ předpokládaly případné duševní problémy či strachy. V úzkém kontaktu s klientem by měly sledovat jeho prožívání, být mu oporou při sdělování či přijímání nepříznivých zpráv a nabízet spolupráci při rozhodnutích o léčbě. Někdy se zdravotníci se mohou setkat s neochotou pacientů sdělovat své vnitřní bolesti, strachy či obavy, což může být zapříčiněno mnoha důvody. Jedním z nich může být například fakt uvědomění si vlastních psychických obtíží, který může být pro nemocného emocionálně zatěžující. Zdravotníci díky svým zkušenostem a znalostem mohou přispět k překonání bariér v komunikaci, avšak tyto dovednosti v sobě musí pěstovat. Komunikační role sestry v paliativní péči je velmi obsáhlá, neboť sestra se setkává a musí umět dobře komunikovat jak s nemocným, jeho rodinou či blízkými, tak i s lékaři a dalšími členy multidisciplinárního týmu, kteří se zapojují do paliativní péče. (10, s. 29-35)

2.2 Sdělování nepříznivých zpráv

Přijmout informaci o tom, že prognóza nemoci není příznivá vyžaduje dostatek času a trpělivé, empatické vysvětlování. Při komunikaci je nutné ponechat dostatek prostoru pro dotazy, i když se mohou opakovat. Člověk se s takovou informací musí vnitřně vypořádat a může přitom prožívat mnoho smíšených pocitů nejistoty, úzkosti apod. Přijmutí či vzetí na vědomí takové závažné informace obvykle u pacienta probíhá v několika dobře známých a popsaných fázích. Nejprve se jedná o prožívání emocionálního šoku, popírání, negace, agrese či hněvu, postavení se proti této zprávě. Poté následují fáze smlouvání či vyjednávání, jak situaci zlepšit, prožívání smutku, depresivní stavy až nakonec může dojít ke smíření se se situací. Rozhovor o takto závažných tématech by měl probíhat v klidném a nerušném prostředí. Zdravotníci musí být dobře seznámeni se zdravotním stavem nemocného a informace podávat stručně a jasně, opomenout však nesmí ani neverbální komunikaci. Během rozhovoru zdravotníci zjišťují, do jaké míry je nemocný již informován a jakou míru informací chce přijmout. Důležité je také ověřit a ujistit se, že informace byly

správně pochopeny a dát dostatek prostoru pro vyjádření emocí pacienta. Na důležitých rozhodnutích, by se měl podílet nemocný a případně i jeho blízcí. Pro zajištění kontinuity péče by o rozhovoru měl být sepsán záznam do dokumentace. Otázky, které pacienty nejčastěji napadají se týkají jejich budoucnosti ve smyslu kolik času jim zbývá, či co s nimi bude dál? Protože je možné do jisté míry předvídat průběh nemoci, musí lékaři a zdravotníci tyto výhledy pacientovi přiblížit, stejně jako možnosti, které se nabízí pro léčbu symptomů nebo co s pacientem bude, když se zhorší jeho stav apod. Základní otázky, na které se ptáme, abychom mohli s pacientem plánovat co a jak si přeje, jsou:

- Čeho se nemocný bojí?
- Chce být hospitalizovaný ve zdravotnickém zařízení, anebo si přeje raději propuštění domů?
- Co potřebuje pacient vyřešit, co by rád ještě stihl, i když mu mnoho času nezbývá?
- Má něco, na co se těší?
- Přeje si pacient zemřít?

U poslední otázky je potřeba zdůraznit, že tuto informaci musíme brát na zřetel a ptát se nemocného dál, protože vyjádření negativních emocí může skrývat utrpení a symptomy, se kterými by mu mohla léčba pomoci. Je nutné hledat příčiny tohoto strádání a řešit je.

I diskuse o tom, že si nemocný nepřeje umělé prodlužování života, může být přínosná a může se týkat léčebné postupů jako například napojení na přístroje, resuscitace atd. (9, s. 33-38)

3 Psychická zátěž pečujícího personálu při péči o nevyléčitelně nemocné

Práce s lidmi, kteří se ocitli na konci své životní poutě, může být pro pečující personál na jedné straně stresující, na straně druhé to však může být i do jisté míry naplňující poslání. Pečovatelé jsou vystaveni vysoké psychické zátěži, která může být pro dotyčného velmi zraňující. Platí to obzvláště v případech, pokud si pečující osoba neuvědomí, že je nutné, aby pečovala také sama o sebe. Zvládnout doprovázet umírajícího člověka a podporovat jeho blízké je nelehký úkol, který navíc ovlivňují různé faktory týkající se pracovního prostředí, spolupráce v týmu, organizace a vedení či možný konflikt rolí, které pečovatel zastává. Jádrem samozřejmě zůstává samotná péče o klienta a jeho blízké. Zdá se, že jedním z faktorů, které mohou pečujícímu personálu pomoci zvládat emočně náročnou péči je spirituální postoj pečovatele. Přesvědčení, které je postaveno na principu pomoci druhým, může pomáhat objevit smysl života v náročných situacích. Na sestry jsou kladeny vysoké nároky, musí zachovat profesionalitu, poskytovat efektivní péči a zároveň ještě vložit do své práce maximum lidskosti. Jedna z teorií, která se touto oblastí zabývá uvádí termín tzv. “raněného pečovatele“. Toto označení je vysvětlováno tak, že dobří pečovatelé vychází ze svých vlastních životních zraňujících zážitků a snaha o jejich vyléčení je přivádí k péči o druhé. Prožití vlastní bolesti jim pomáhá vcítit se a pomáhat druhým. Pokud ovšem pečovatel přistupuje ke své práci s velkými nároky a jeho očekávání se dlouhodobě nenaplnují, bývá ohrožen syndromem vyhoření. Jako zátěžové faktory vnímají sestry v paliativní péči stálou přítomnost smrti a umírání. Do prožívání těchto situací se může promítat vztah sestry k nemocnému, nebo odlišné představy pacienta a sestry, které mohou vést k nedorozuměním. Péče o umírajícího přináší pečujícím často emoční vypětí. Nemocnému je nutné aktivně naslouchat a vnímat jeho emocionální sdělení. Blízkost, která často vzniká mezi klientem a pečovatelem, může přesáhnout profesionální vztah a stát pečující osobu mnoho sil. Jednou ze zátěžových situací může být identifikace s nemocným. Sestra může ve svém pacientovi vidět svou blízkou osobu

s podobným osudem či dokonce sebe samu a tato péče jí pak může působit problémy.

Někdy se objevují pocity bezmoci a neschopnosti. Bývá to v situacích, kdy sestra vnímá odpovědnost za mírnění utrpení například při potřebě tišení bolesti, ale nemá možnost tuto situaci nějak vyřešit, například kvůli nepřítomnosti lékaře apod. Problémově také vnímají sestry pocity ztráty kontroly nad situací a pocity svého selhání. K takovým situacím dochází v případě, že pacientův stav se náhle zhorší, ačkoliv předtím vše nasvědčovalo k jeho uzdravení. Pocity ztráty kontroly mohou prožívat i v situacích, kdy nemohou organizovat či kontrolovat situaci, která vede k ukončení podpory životních funkcí pacienta, nemohou dopřát rodině čas k rozloučení s umírajícím či odhadnou, kdy k úmrtí může dojít.

Paliativní péče vyžaduje komplexní péči, a proto je potřeba nemocným a blízkým věnovat dostatek času. Pokud se pečující osoba setkává dlouhodobě se zármutkem a se smrtí, může u ní dojít k přemíře zármutku, která může přejít do tzv. „chronického zármutku“ způsobujícího závažné deprese. Tyto problémy mohou vznikat na základě ztrát, jak v osobním, tak i v profesním životě. Může se jednat o ztrátu vztahu, který byl mezi nemocným a sestrou, nesplněním očekávání, ztráty týkající se nenaplnění osobních hodnotových potřeb, ztrátu prožívanou díky identifikaci personálu s blízkými nemocného, ztráty nevyřešené či ztráty budoucí. Zátěž personálu ovlivňuje i problémy ve zdravotnickém týmu. Pokud se členům v rámci týmu nedostává vzájemné podpory a výkon péče si navzájem spíše narušují, může taková situace sestrám způsobit potíže a stát se i příčinou deprese. Konflikty mezi kolegy pak vedou k psychickému vyčerpání a depersonalizaci. Příčiny konfliktů mohou být různé, například soupeření mezi kolegy a ventilace negativních pocitů. (10, s. 43-48)

3.1 Psychická zátěž zdravotníků při rozhodování o konci života v intenzivní péči

Nastane-li situace, kdy jsou zdravotníci nuceni rozhodovat o konci života pacienta z důvodu tzv. „marné léčby“, jsou lékaři i sestry vystaveni emoční, mentální a psychické zátěži. Jsou-li sestry dostatečně zkušené, dokáží často

odhadnout smysluplnost podané léčby. Zdroj prožívaného stresu, který může vyústit v emoční vyčerpání či dokonce vyhoření, pramení z určité nesourodosti či rozporů v kompetencích a rolích zdravotníků při hledání společného stanoviska. Příčinou může být problematická komunikace, samotné rozhodování či tendence pokračovat i v marné léčbě. Nesouhra v rámci zdravotnického týmu může vznikat např. za situací, kdy někteří lékaři nezahrnují sestry do rozhovorů a diskusí o ukončení léčby. Vzniká tak často tzv. „morální distres“. Problémy se mohou objevovat i v komunikaci s pacientem či jeho blízkými. Zdravotnický tým by měl být jednotný, vzájemně se informovat a postupovat jednotně. Resuscitační týmy se mohou dostat do situace, kdy jsou v nemocnici přivoláni k resuscitaci pacienta s nepříznivou prognózou a stavem, který bohužel nepředpokládá zlepšení, kvůli čemuž nejsou indikováni k intenzivní péči. Pro takového pacienta by pravděpodobně byla přínosná paliativní péče pro eliminaci strádání, bolesti a utrpení. (18)

3.2 Syndrom vyhoření

Syndrom vyhoření nebo také burnout syndrome popisuje stav psychického a v další fázi i fyzického vyčerpání, celkové vyhaslosti. V první fázi se projevuje na psychice postiženého, který ztrácí své ideály, zájmy, potěšení, energii a převládá u něj negativní hodnocení sebe sama a negativní pohled na své povolání. K psychickému vyčerpání se poté mohou přidávat i symptomy vyčerpání fyzického. Syndrom vyhoření se řadí mezi psychosomatické onemocnění a člověka tedy negativně ovlivňuje na psychice, emocích a stavu organismu. Příčinou vzniku je působení nadměrného a dlouhodobého stresu. (19, s. 23-38)

3.3 Možné intervence v případech psychické zátěže pečujícího personálu v paliativní péči

Pro zvládání zátěžových situací je dobré znát svou profesionální identitu, potažmo si uvědomit či sebereflektovat své silnější a slabší stránky. Dobré je také vnímat profesionální tým jako celek, ve kterém se profese vzájemně prolínají a ve kterém má každý svou roli. Základním kamenem fungování týmu je konstruktivní komunikace a spolupráce. Pravidelné setkávání členů týmu napomáhá vzájemnému poznávání a předávání potřebných informací, vytváří bezpečné prostředí, posiluje vzájemnou důvěru a zmírňuje obavy. Při vytváření týmu, řešení problémů v jeho rámci, či zvládání náročnějších situací může být nápomocen i tzv. „externí mediátor“. Nedílnou výbavou pro úspěšné zvládání dlouhodobé psychické zátěže zdravotníka jako jedince je uvědomění si, že musí pečovat i o sebe a své potřeby a osvojit si dovednost sebereflexe. Psychickou rovnováhu a odolnost lze posilovat například péčí o tělo, dodržováním správné životosprávy, vyvarováním se nadměrné práce přesčas, pravidelným sportováním či pobytem v přírodě. Pomáhá také meditace či věnování se spirituální stránce svého života. Velmi důležitá je také schopnost o svých potížích mluvit a při zjištění hlubších psychických obtíží se nebát je řešit s odborníky apod. (10, s. 48-49)

4 Charakteristika intenzivní péče

Intenzivní medicína je lékařský multidisciplinární obor, který se zabývá nemocnými u nichž hrozí selhání základních fyziologických funkcí, nebo u kterých již fyziologické funkce selhaly. Intenzivní péče je poskytována na 3 různých úrovních. Nejvyšší stupeň péče představují oddělení anesteziologicko-resuscitační, uprostřed škály jsou jednotky intenzivní péče a na stupni nejnižší pak jednotky intermediální péče. Na všech těchto odděleních probíhá neustálý monitoring pacienta, při kterém se sledují jeho fyziologické funkce a reakce na změny je pak možná prakticky okamžitě. Sestra průběžně provádí vysoce specializovanou péči o nemocné, pečlivě zaznamenává a vyhodnocuje stav

pacienta a v případě nutnosti neprodleně informuje lékaře, který musí být nepřetržitě k dispozici. (4, s. 19)

4.1 Vztah mezi intenzivní péčí a paliativní péčí

Vztah mezi intenzivní medicínou a paliativní péčí se může zprvu jevit nesourodě a dalo by se říci, že oba obory jsou si vzdálené. Ve skutečnosti se však tyto medicínské disciplíny prolínají a mají společného jmenovatele. Tím je snaha o maximální plnění potřeb nemocného a poskytování komplexní péče. V obou odvětvích se ošetřovatelství soustředí na pacienta jako na celek a pečuje i o jeho rodinu a blízké. Stejně tak důležitá je i spolupráce v multidisciplinárním týmu, kde se propojuje medicína s ošetřovatelstvím a ostatními obory. Intenzivní péče je prostoupena moderními technologiemi a prostředím na jednotkách intenzivní péče může působit až odlidštěně. Neustálé zvuky přístrojů, ruch oddělení a vytíženost personálu může působit velmi technicky až nepříjemně, jako kdyby pro lidskost a empatii zde ani nebylo místo. Vzhledem ke stavu některých nemocných zde můžeme pozorovat absenci jednoho z principů paliativní péče a to, že nemocní musí vědět, že umírají. Problematické může být také to, že vzhledem k prostředí někdy není možné pacientům v terminálním stadiu a jejich blízkým zajistit dostatek klidu a soukromí. Dalo by se říci, že prostředí intenzivní péče je pro poskytování paliativní péče náročné. Zdravotnický personál se v osobní i týmové rovině pokouší o „integritu povolání“, což znamená, že se pokouší oddělovat osobní a profesní stránku svého života. To ovšem může být často náročné, a ne vždy zcela realizovatelné. Profese sestry zahrnuje i její osobnostní rysy a určité „emocionální vložení se do role“ považují sestry za nedílnou součást své práce. Dbají na to, aby se nemocný v terminálním stadiu cítil pokud možno pohodlně. Pečují o jeho tělesnou schránku a berou v potaz jeho osobnost a životní příběh, který někdy musejí získávat z informací, které jim poskytnou jeho blízcí. Při sdělování nepříznivých zpráv se zdravotníci snaží být empatičtí a snaží se informace podávat vhodným způsobem. Často se jedná o emočně vypjaté situace a i pro profesionály bývají tyto rozmluvy náročné. Zdravotnický tým, v ideálním případě, usiluje o prolínání a partnerskou spolupráci mezi lékaři

a ošetrovatelským personálem. Pokud je dobře nastavená týmová spolupráce, může to samotným zdravotníkům práci a zvládnutí náročných situací velmi ulehčit, a i zdánlivé maličkosti mohou posílit důstojnost nemocného. V některých případech jsou odkázány na malé množství informací o umírajícím člověku, o kterého pečují. V intenzivní péči bývá dynamika a progres zhoršení stavu nemocných často rychlá, ne vždy je na všechno dostatek času a tím vznikají další emocionálně náročné momenty. Prostor pro reflexi pocitů a prožitků by mohl být způsob, jak by se zdravotníci mohli snadněji vyrovnat s kritickými okamžiky ve své praxi. (10, s. 265-272)

4.2 Problematika etiky v intenzivní péči

V etických otázkách se medicína snaží opírat o etická odvětví bioetiky a medicínské etiky. Bioetika v obecné rovině vysvětluje etiku z pohledu veškerého života a zkoumá jeho souvislosti s etickými problémy. Naproti tomu medicínská etika označuje problémy přímo v klinické praxi medicíny nebo ve zdravotnické praxi. Nejrozšířenějším etickým východiskem aplikovaným při rozhodování v medicíně jsou tzv. biomedicínské principy. Pracují s pojmy jako je autonomie a non-maleficence, beneficence či spravedlnost.

Autonomie v prostředí intenzivní péči může být složitěji aplikovatelná. Ideální by byl partnerský přístup mezi nemocným a zdravotnickým personálem, to ovšem není vždy možné, neboť pacient či klient se nemusí nacházet ve stavu, kdy je schopen pochopit a rozhodovat o svém stavu a to z různých důvodů, například bezvědomí, silné bolesti apod.

Non-maleficence označujeme přístup, kdy nechceme nemocnému ublížit, jak úmyslně, tak ani neúmyslně. V intenzivní péči tento princip využíváme ve smyslu snahy vyhnout se dalším komplikacím, nebo zhoršení stavu klienta po zavádění intenzivních léčebných a diagnostických postupů. Tyto postupy jsou značně invazivní a porušují integritu nemocného.

Beneficence v intenzivní péči má za úkol předcházet komplikacím a podporovat pozitivní přístup k nemocnému a „aplikovat dobro“. Tento princip znamená zvolení léčebného postupu, který ochrání život a má prospěch pro

nemocného i za cenu invazivních výkonů, pro které nelze v danou chvíli získat informovaný souhlas. Léčebný výsledek může převyšovat i některé komplikace. Jako příklad uveďme postup u kardiopulmonární resuscitace, která má šanci zachránit život i za cenu komplikace v podobě fraktury žeber.

Otázka principu spravedlnosti se týká nejčastěji ekonomického aspektu zdravotnické péče. Každý pacient by měl mít stejná práva přístupu ke zdravotnické péči za jakýchkoliv podmínek. V širším kontextu zasahuje princip spravedlnosti do léčby i díky rozhodnutím, za jakých podmínek a kdy se použije jaká léčba. Složitá rozhodnutí poskytnutí ekonomicky nákladné péče může ovlivnit možnost poskytnutí péče dalším pacientům. Pro výkon zdravotnického povolání a praktickou aplikaci etiky v něm, slouží zdravotníkům tzv. etické kodexy. (14, s. 58-61)

4.3 Přechod do paliativní péče v intenzivní medicíně

V posledních letech se v odborných kruzích stále více hovoří o tom, že se paliativní péče stala nedílnou složkou intenzivní medicíny. Rozhodování o ukončení života (End of Life Decisions) v intenzivní péči je složitý postup, který se vymezuje oproti pojmu tzv. „eutanazie“ v zemích, kde je legální. Odborné společnosti se snaží o formulování a kategorizaci postupů léčby, založených na odborných studiích. V České republice bylo v roce 2009 přijato „Konsenzuální stanovisko k poskytování paliativní péče u nemocných s nezvratnými orgánovými selháními“. Na vytvoření dokumentu se podílelo mnoho odborníků z medicínských oborů, ale i právníků, etiků a teologů. Na podkladě této práce Česká lékařská komora vydala v roce 2010 doporučení („Doporučení představenstva ČLK k postupu při rozhodování u pacientů v terminálním stavu, kteří nejsou schopni vyjádřit svou vůli“). Toto doporučení vyjadřuje principy a doporučení pro poskytnutí paliativní péče u dospělých nemocných s onemocněním v terminálním stádiu, kteří nemají schopnost o sobě rozhodovat. Doporučení si klade za cíl pojmenovat a určit principy a východiska pro rozhodování o přechodu a poskytnutí paliativní péče v intenzivní péči. Klade důraz na etické aspekty, neopomíjí a respektuje dřívější přání a názory

nemocného. Důraz klade také na maximální komfort nemocného a zachování jeho důstojnosti. Dále je cílem snížit poskytování marné léčby a zlepšovat komunikaci ve zdravotnickém týmu a mezi zdravotníky, rodinou či blízkými nemocného. Podporuje také vznik dalších doporučení na jednotlivých pracovištích. Praktická doporučení pro praxi, které z dokumentu vyplývají jsou: Podnět k zahájení a diskusi o poskytnutí paliativní péče může dát jakýkoliv člen zdravotnického týmu. Pokud je to možné jsou pacientova přání vždy respektována při rozhodování o poskytnutí paliativní péče. Rodina a blízcí nemocného musí být informováni (neurčil-li pacient jinak), v ideálním případě formou strukturovaného rozhovoru. Zbavení se odpovědnosti o rozhodování zahájení paliativní péče není možné. Do rozhodnutí o zahájení paliativní péče by měl být zahrnut lékařský i nelékařský ošetřující personál. Odpovědnost za konečné rozhodnutí poskytnutí či neposkytnutí paliativní péče má vedoucí lékař pracoviště nebo lékař jím pověřený. V pohotovostní službě má odpovědnost ošetřující lékař. V dokumentaci pacienta musí být proveden záznam obsahující odborné posouzení zdravotního stavu nemocného a zdůvodnění rozhodnutí o nezahájení či neposkytnutí marné a neúčelné léčby a zahájení paliativní péče. Pravidelné přehodnocování přínosů diagnostických a léčebných postupů by mělo odpovídat cílům intenzivní péče a zároveň poskytnout možnost pro odůvodnění případné změny postupu. Je nutné zamezit strádání a utrpení nemocného, cílem je zejména odstranění bolesti a diskomfortu pacienta. Pokud se pacient dříve nevyjádřil, že si přítomnost rodiny a blízkých nepřeje, musí být jejich přítomnost umožněna. (12)

Empirická část

5 Cíle výzkumu

Péče o paliativní pacienty je pro zdravotní sestry mnohdy náročná a přináší různá dilemata a otázky. Tam, kde chybí naděje na uzdravení nebo výrazné zlepšení zdravotního stavu, je třeba usilovat alespoň o mírnění symptomů, úlevu od bolesti a důstojný odchod ze života. To jistě není málo, od sester to ovšem vyžaduje, aby byly schopné změnit své nastavení z život zachraňujících a uzdravujících na partnery a průvodkyně, což není vždy lehké, ani samozřejmé. Domnívám se, že celou situaci ještě navíc umocňuje specifické prostředí oddělení intenzivní péče, kde jsou zdravotní sestry v úzkém kontaktu s pacientem a jsou zvyklé každý den bojovat o život a zdraví svých pacientů ze všech sil. Z vlastní profesní zkušenosti vím, že přijmout nevyhnutelnost smrti a konce života může být někdy frustrující, vysilující či jinak emočně náročné. Jedná se o téma, které mě osobně zajímá a ráda bych svým výzkumem zjistila, zda otázky spojené s tímto tématem vnímají ostatní sestry podobně.

5.1 Hlavní výzkumný cíl:

1. Zjistit jakou zkušenost mají sestry s péčí o paliativní pacienty v prostředí intenzivní medicíny.

5.2 Dílčí výzkumné cíle:

2. Zjistit, zda se dá na péči o paliativní pacienty předem připravit, jaké mají sestry možnosti a do jaké míry jich využívají.
3. Zjistit, jaké vlastnosti by sestry poskytující paliativní péči měly mít a s jakými rolemi se identifikují.

4. Zjistit, jaké pocity zdravotní sestry pečující o pacienty prožívají a jak se s těmito pocity vyrovnávají.
5. Zjistit, zda péče o paliativní pacienty staví zdravotní sestry do konfliktních situací a v čem tyto konflikty spočívají.
6. Zjistit, zda péče o paliativní pacienty přináší sestrám do jejich osobního či profesního života nějaké pozitivní hodnoty.

5.3 Výzkumné otázky:

1. Jaké způsoby předchozí přípravy na péči o paliativní pacienty sestry znají a do jaké míry v ně věří?
2. Jakých možností příprav na péči o paliativní pacienty sestry skutečně využívají?
3. Jaké vlastnosti by sestry pečující o paliativní pacienty měli mít?
4. Je role sester v souladu s tím, co považují pro paliativní pacienty za nejdůležitější?
5. Jak se zdravotní sestry při péči o paliativní pacienty cítí a jak se se svými pocity vyrovnávají?
6. Dostávají se zdravotní sestry pečující o paliativní pacienty do konfliktních situací a pokud ano, jaké povahy tyto konflikty jsou?
7. Přináší péče o paliativní pacienty sestrám do profesního či osobního života nějaké pozitivní hodnoty, pokud ano, jaké?

5.4 Metodika výzkumu

Pro svůj výzkum jsem zvolila metodiku kvantitativního výzkumu dotazníkovou formou. Tuto formu jsem zvolila, neboť mě zajímá porovnání zkušeností většího množství sester pracujících na odděleních intenzivní medicíny, kterým byl dotazník určen. V praxi se jednalo o oddělení ARO a JIP. Dotazník jsem distribuovala na vybraná oddělení intenzivní medicíny v tištěné podobě.

Před samotnou distribucí jsem si zajistila nezbytné souhlasy, které příkládám v přílohové části této bakalářské práce.

Dotazník se skládá ze dvou sekcí. V první žádám o vyplnění základních socio-demografických údajů, abych mohla např. pozorovat, zda existují podobnosti v zkušenostech sester, které slouží stejně dlouho, zda existují rozdíly v prožívání emocí spjatých s péčí o paliativní pacienty mezi sestrami mužského či ženského pohlaví. Druhá sekce již obsahuje konkrétní otázky, které korespondují s výzkumnými cíli a výzkumnými otázkami. Celkem se jedná o dotazník s 28 otázkami, 6 otázek je v první socio-demografické sekci a 22 otázek v sekci druhé, která se zabývá zkušeností sester s paliativní péčí v odděleních intenzivní medicíny. Dle povahy otázek jsem respondentům nabídla buď možnost výběru z předem připravených odpovědí (výběr jedné, či více možností), odpověď hodnotou na Likertově škále od 1 do 5, nebo odpovědi zcela volné či doplňující.

Dotazník byl anonymní a neobsahuje otázky, které by mohly respondenta přímo identifikovat (neptáme se na konkrétní jméno, iniciály, pracoviště, nadřízeného apod.). Vyplnění dotazníku bylo samozřejmě dobrovolné.

Pro zpracování získaných dat z dotazníku jsem použila tabulky a grafy, které nabízí program MS Excel, odpovědi na volné či doplňující otázky jsem kategorizovala dle společných elementů, nebo v případě menšího množství je uváděla celé.

5.5 Výběr respondentů

S žádostí o spolupráci jsem oslovila Všeobecnou fakultní nemocnici v Praze, neboť se jedná o mé dlouhodobé pracoviště a v nemocnici je větší množství jednotek ARO a JIP. Dotazník jsem distribuovala a zpětně vybírala skrze vrchní sestry oddělení ARO a JIP, od kterých jsem také získala příslušná povolení pro účast ve výzkumu. Dotazníky jsem distribuovala pouze v papírové formě a mým původním cílem bylo získat ideálně 75 dotazníků. Z důvodů čerpání dovolených a uzavření několika oddělení během letního období byla návratnost o něco nižší a nakonec se mi podařilo získat celkem 55 dotazníků. Věřím, že i tento počet by mi měl poskytnout relevantní data pro můj empirický výzkum.

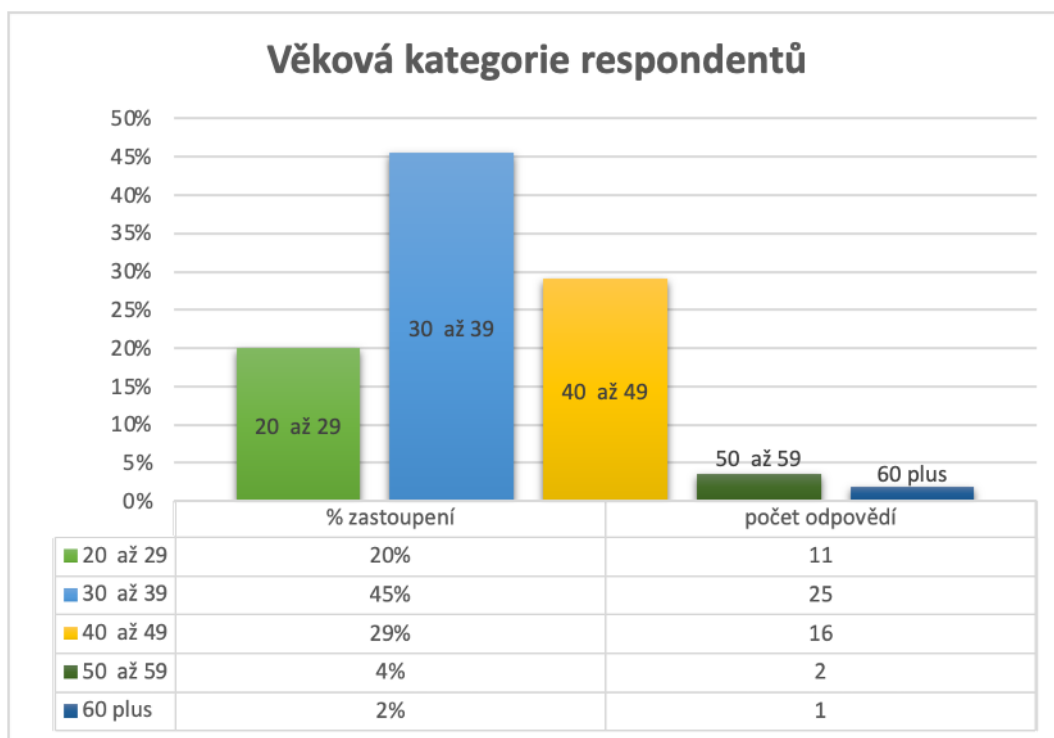
5.6 Časový harmonogram

- Duben 2021 – příprava a studium odborné literatury
- Květen 2021 – tvorba dotazníků
- Červen 2021 – výběr respondentů
- Červenec 2021 – sběr a zpracování dat
- Srpen 2021 – analýza dat a vyhodnocení výsledků

6 Vyhodnocení

Otázka č. 1 - Věková kategorie

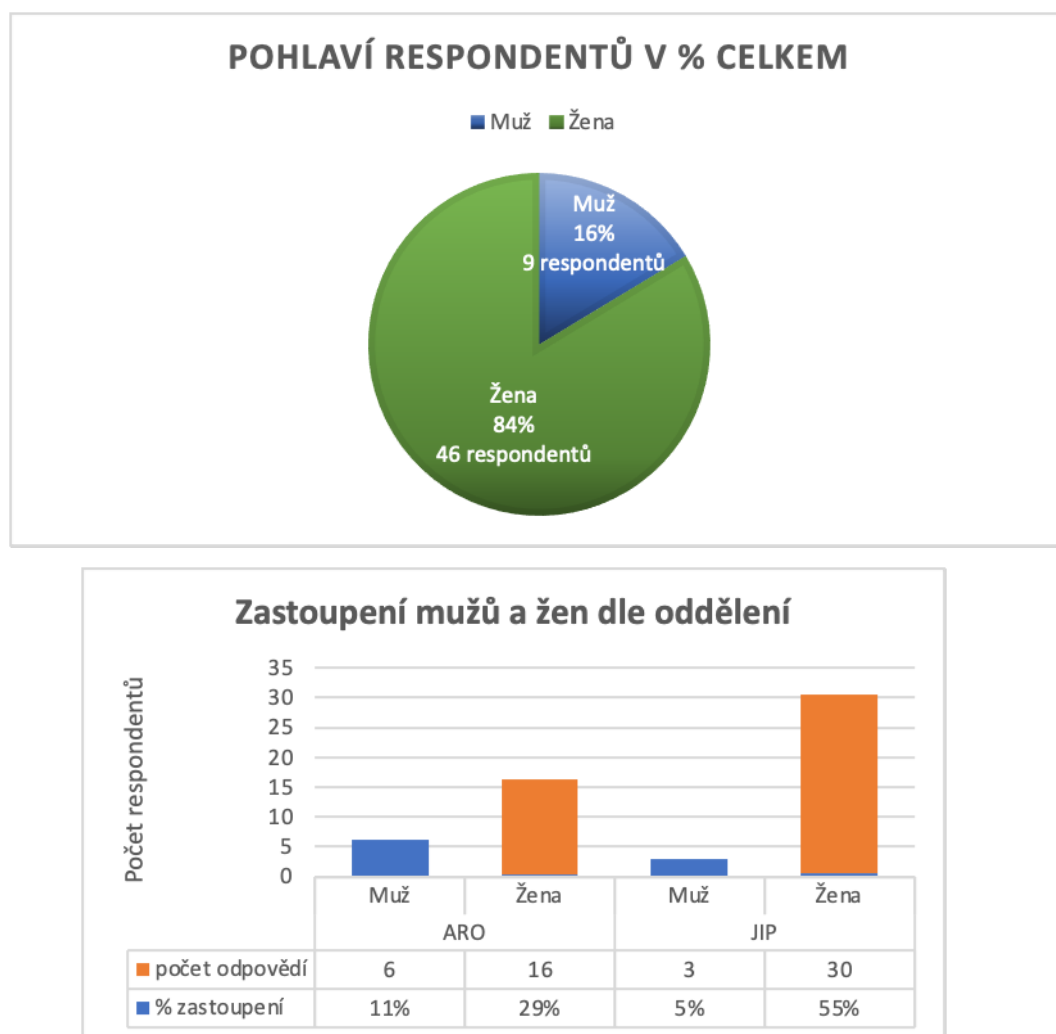
Graf 1



Z grafu i tabulky je patrné, že nejčastěji zastoupenou věkovou kategorií respondentů je 30 až 39 let (45%), dále pak 40 až 49 let (29%) a sestry v kategorii 20 až 29 let (20%). Sestry starší 50ti let tvoří menšinu (6%).

Otázka č. 2 - Pohlaví

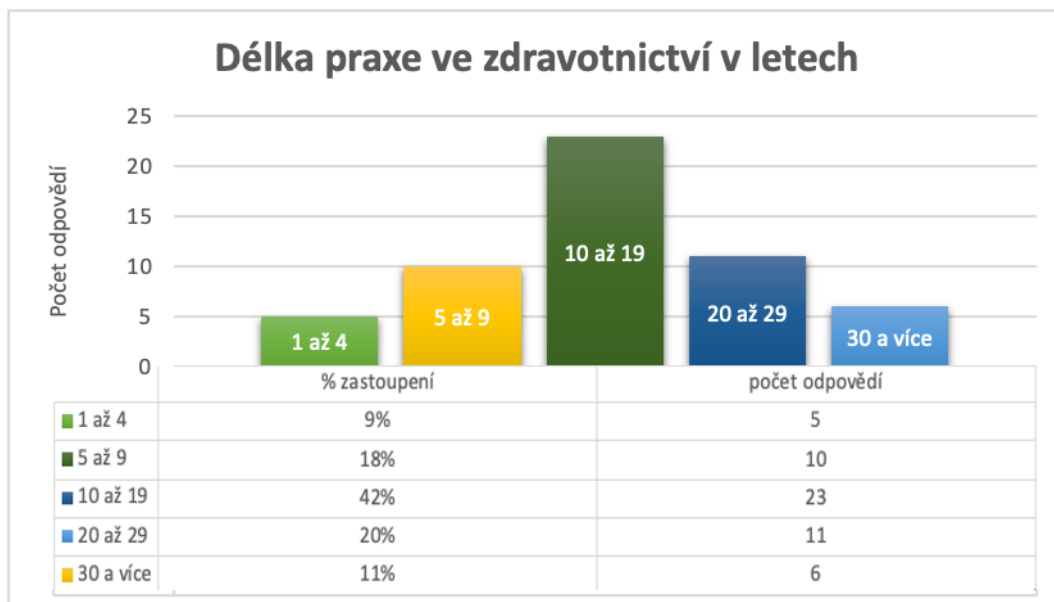
Graf 2



Většina respondentů, kteří se zúčastnili dotazníkového šetření byly ženy (84%), mužů bylo pouze 16%. I tak je zastoupení mužů mezi zdravotními sestrami na odděleních intenzivní péče vyšší, než na jiných odděleních. Mužů, pracuje více na odděleních ARO (6), než na odděleních JIP (3).

Otázka č. 3 - Délka praxe ve zdravotnictví

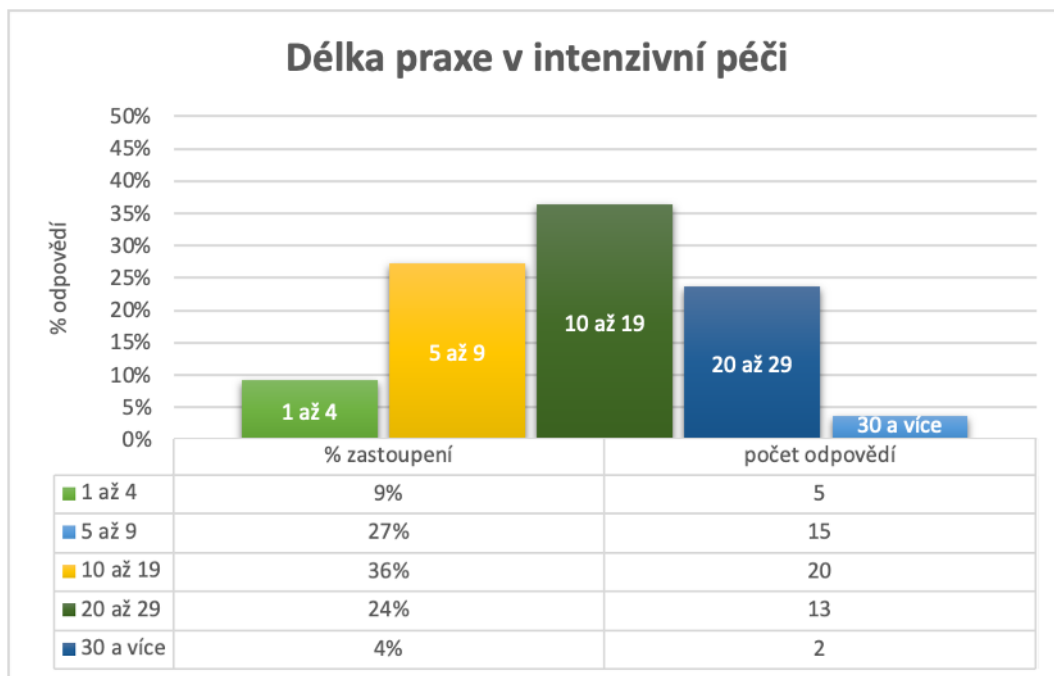
Graf 3



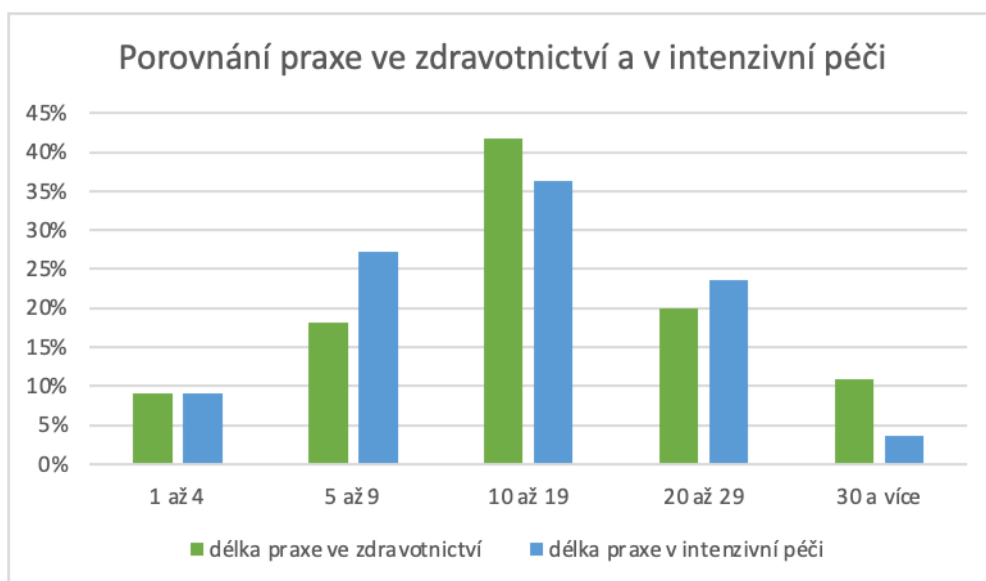
Většina respondentů má dlouhodobou praxi ve zdravotnictví. Nejpočetnější skupinou respondentů byly sestry s 10 až 19 lety praxe (42%), dále pak s 20 až 29 lety praxe (20%) a následně 5 až 9 lety praxe (18%). Sester s méně než 5 lety nebo naopak s 30 a více lety bylo nejméně, ale byly také zastoupeny.

Otázka č. 4 - Délka praxe v intenzivní péči

Graf 4



Délka praxe respondentů v intenzivní péči je velmi podobná celkové délce jejich praxe ve zdravotnictví. Rozdíly v jednotlivých kategoriích nejsou nijak významné, z čehož usuzuji, že většina respondentů se během své zdravotnické praxe pohybovala především na odděleních intenzivní péče.



Otázka č. 5 - Nejvyšší dosažené vzdělání ve zdravotnictví

Graf 5



Vzdělání	% zastoupení	počet odpovědí
Specializační	27%	15
VOŠ	27%	15
VŠ Bc	22%	12
VŠ Mgr	13%	7
SŠ	11%	6
Celkový součet	100%	55

Nejčastěji zastoupené skupiny respondentů dle nejvyššího dosaženého zdravotnického vzdělání jsou skupiny se vzděláním Specializačním (27%) a VOŠ (27%). Na třetím místě jsou respondenti se vzděláním VŠ Bc (22%) a dále pak VŠ Mgr (13%). Nejmenší skupinou byli respondenti se SŠ vzděláním (11%).

Otázka č. 6 – Na jakém typu oddělení pracujete?

Graf 6

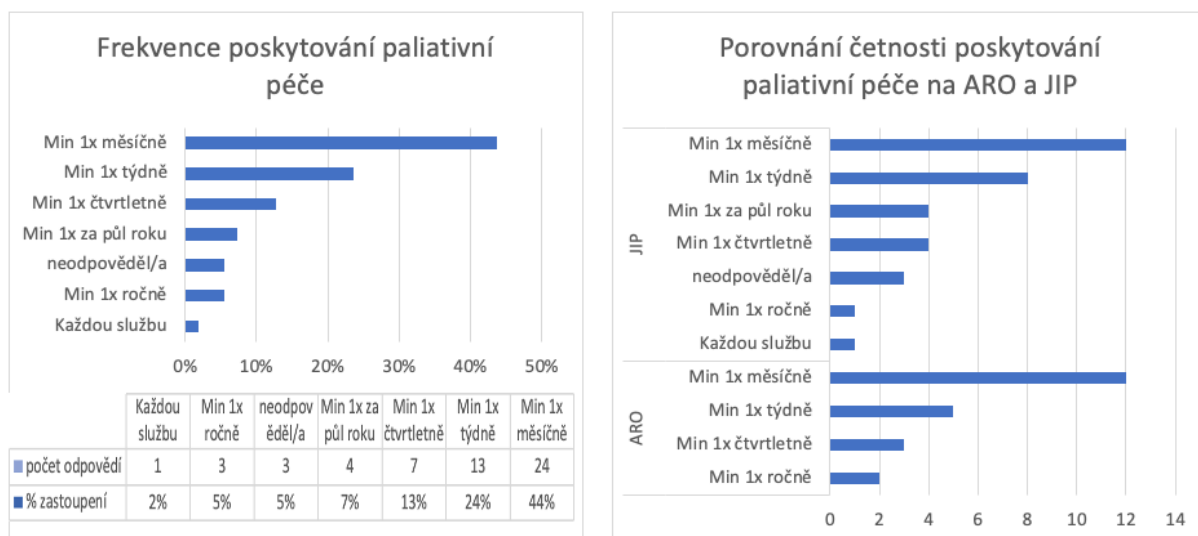


Typ oddělení	Věk	počet odpovědí	počet mužů	počet žen
ARO	20 až 29	6	6	16
	30 až 39	14		
	40 až 49	2		
JIP	20 až 29	5	3	30
	30 až 39	11		
	40 až 49	14		
	50 až 59	2		
	60 plus	1		

Z celkového počtu 55 respondentů jich 33 (60%) pracuje na oddělení JIP a 22 (40%) na oddělení ARO. Mužů pracuje více na oddělení ARO (6), než na oddělení JIP (3). Na oddělení ARO také pracují spíše mladší respondenti (do 40 let jich je 20, na JIP 16), na oddělení JIP pracují spíše starší respondenti (nad 40 let jich je 17, na ARO pouze 2). Z oddělení ARO také nebyl žádný respondent starší 50ti let. Toto rozložení si vysvětlují celkovou vyšší náročností práce na oddělení ARO.

Otázka č. 7 – Jak často (v průměru) poskytujete pacientům paliativní péči?

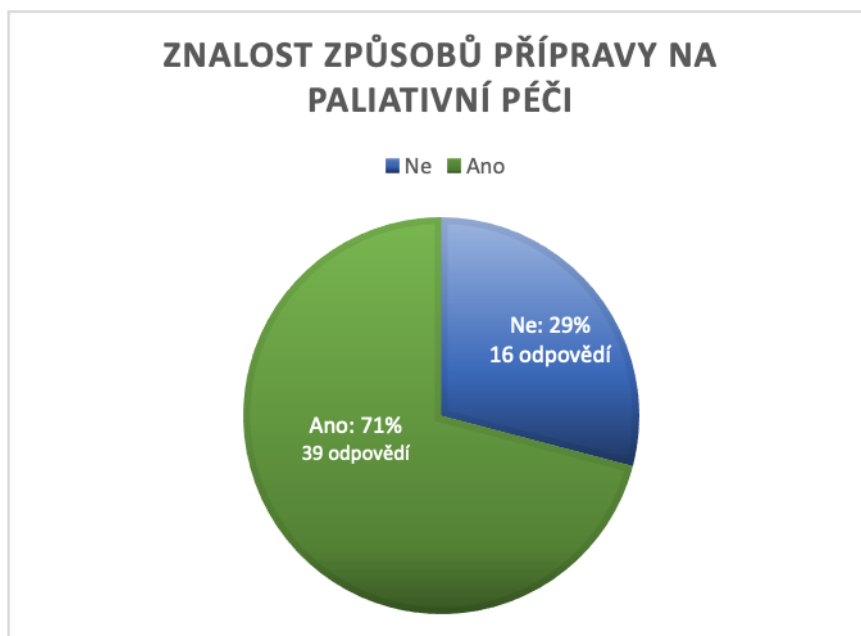
Graf 7



Ve většině případů (68%) se respondenti s paliativní péčí v průměru setkávají a poskytují jí minimálně 1x měsíčně (24 odpovědí, 44% případů) či min 1x týdně (13 odpovědí, 24% případů). To mi potvrzuje vhodné zvolení cílové skupiny respondentů, neboť věřím, že díky časté zkušenosti s paliativní péčí budou jejich odpovědi aktuální a relevantní. Mezi odděleními ARO a JIP není v četnosti poskytování paliativní péče výrazný rozdíl.

Otázka č. 8 – Znáte nějaké způsoby přípravy na péči o paliativní pacienty?

Graf 8

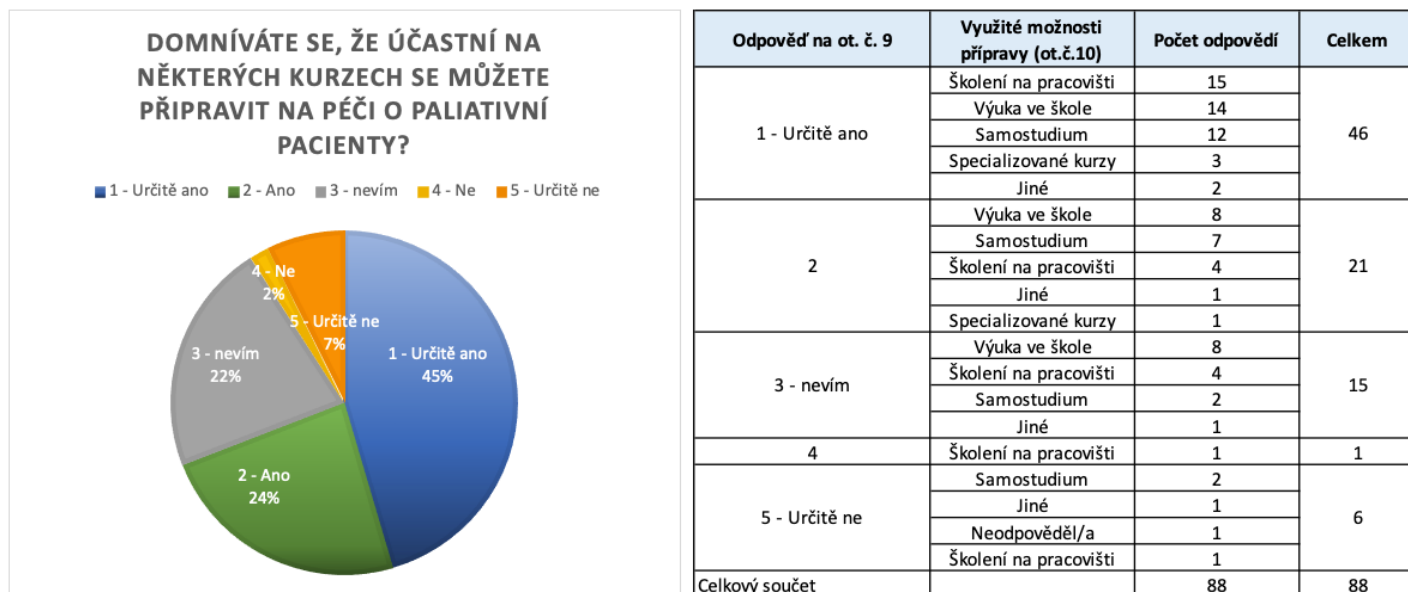


Odpověď	délka praxe v intenzivní péči	% zastoupení	počet odpovědí
Ne	10 až 19	13%	7
	20 až 29	9%	5
	30 a více	2%	1
	5 až 9	5%	3
Ano	1 až 4	9%	5
	10 až 19	24%	13
	20 až 29	15%	8
	30 a více	2%	1
	5 až 9	22%	12
Celkový součet		100%	55

Na otázku „Znáte nějaké způsoby přípravy na péči o paliativní pacienty?“ odpovědělo 39 respondentů „ano“ (71%) a 16 respondentů (29%) „ne“. Je zajímavé, že „ne“ odpověděli převážně respondenti s délkou praxe v intenzivní péči mezi 10ti a 29ti lety, tedy zkušení zdravotníci. Je možné, že se jednalo pouze o nepochopení otázky, neboť naprostá většina z nich na pozdější otázku č. 10 (Jakých možností přípravy na péči o paliativní pacienty jste dosud využil/a?) odpověď uvedla.

Otázka č. 9 – Domníváte se, že účastí na některých kurzech se můžete připravit na péči o paliativní pacienty?

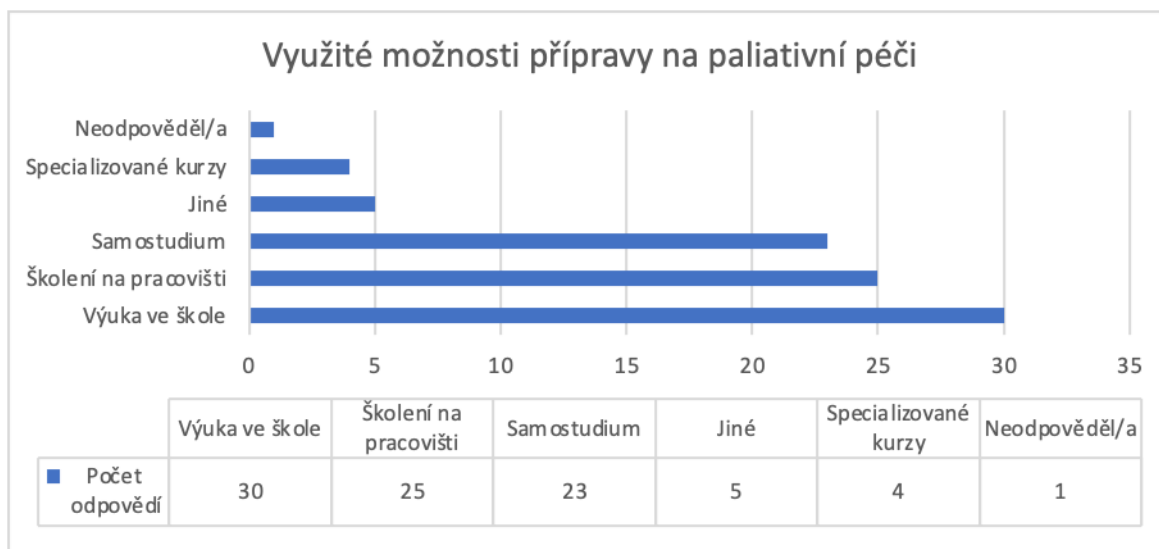
Graf 9



Na otázku, zda se respondenti domnívají, že se lze účastí na některých kurzech připravit na péči o paliativní pacienty odpovědělo 45% (25 respondentů) určitě ano; 24% (13 resp.) ano/spíše ano; 22% (12 resp.) neví; 2% (1 resp.) ne/spíše ne a 7% (4 resp.), že určitě ne. Zajímavý je pohled v kombinaci s otázkou č. 10, kde jsem se ptala, jakých možností přípravy respondenti skutečně využili. Respondenti, kteří na otázku č. 9 odpovídali nejvíce kladně (odp. 1 a 2) se skutečně zúčastnili nejvíce různých kurzů a školení. Naopak respondenti, kteří odpovídali spíše záporně (odp. 4 a 5) různých možností příprav využili nejméně. Z výzkumu nelze bohužel určit, zda kvůli takovému postoji možností příprav nevyužívají, nebo zda pouze neměli stejné možnosti jako respondenti odpovídající více pozitivně.

Otázka č. 10 – Jakých možností přípravy na péči o paliativní pacienty jste dosud využil/a?

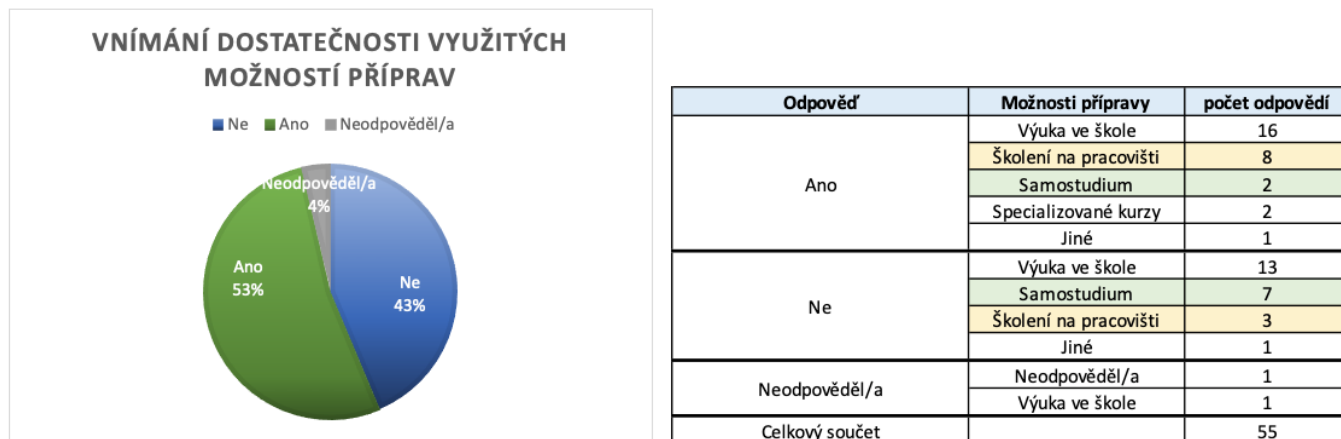
Graf 10



Z nabídnutých možností přípravy na paliativní péči respondenti nejčastěji využili výuky ve škole (30 odpovědí), školení na pracovišti (25 odpovědí) a samostudium (23 odpovědí). V rámci kategorie jiné respondenti uvedli: osobní zkušenost, konference, webináře, podcasty a semináře, stáže v paliativní péči VFN či učení se od kolegů s vyšší praxí. Absolvování specializovaných kurzů bylo zastoupeno nejméně, ale různé specializované kurzy byly nejčastěji zmiňovány v následující otázce č. 12, kde jsem se ptala, zda a jakých dalších možností přípravy by respondenti rádi využili.

Otázka č. 11 – Zdáli se Vám tyto možnosti přípravy jako dostatečné?

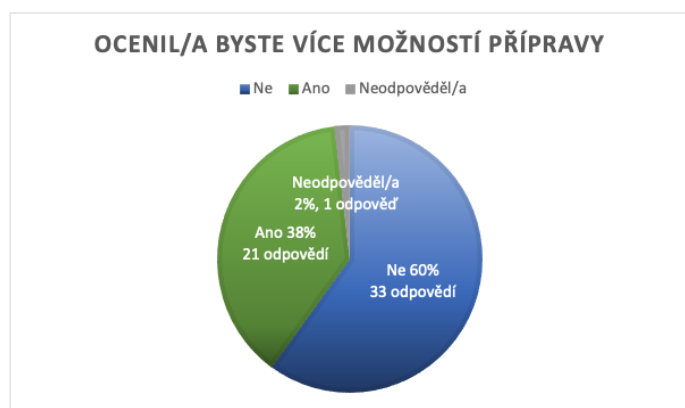
Graf 11



Vnímání dostatečnosti využitých možností příprav na paliativní péči je překvapivě vyrovnané. 53% respondentů (29 odpovědí) uvedlo, že ano – využití možnosti příprav se jim zdály jako dostatečné, 43% respondentů (24 odpovědí) uvedlo naopak, že ne. Je tedy třeba se podívat hlouběji na to, jakých možností respondenti konkrétně využili. Z tabulky výše, která kombinuje odpověď na tuto otázku s odpověďmi na předchozí otázku č. 10 je patrné, že výuka ve škole je podobně zastoupena v obou kategoriích a tedy nejspíše nebude rozhodující. Naopak respondenti, kteří ve větší míře využili školení na pracovišti, tuto možnost přípravy (v kombinaci s dalšími) vnímají jako dostatečnou. Respondenti, kteří kromě výuky ve škole využili spíše samostudium, tyto možnosti jako dostatečné nevnímají. Z uvedených možností dle mého názoru tedy vyplývá, že pro dostatečnou přípravu na paliativní péči je lepší soustředit pozornost a úsilí spíše na školení na pracovišti v kombinaci s dalšími možnostmi např. specializované kurzy než spoléhat na samostudium.

Otázka č. 12 – Ocenil/a byste více možností přípravy na péči o paliativní pacienty, pokud ano jakých?

Graf 12

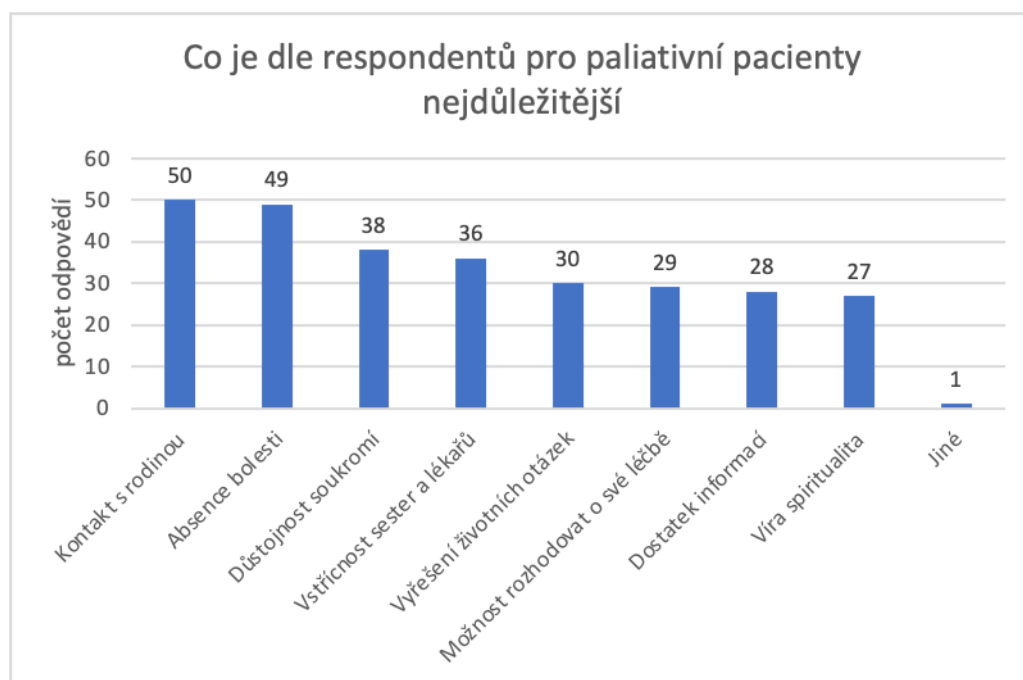


Vnímá možnosti přípravy jako dostatečné (ot.č.11)	Ocenil/a by více možností přípravy (ot.č.12)	počet odpovědí
Ne	Ano	13
	Ne	11
Ano	Ne	21
	Ano	8
Neodpověděl/a	Ne	1
	Neodpověděl/a	1
Celkový součet		55

Na otázku, zda by respondenti ocenili více možností příprav na péči o paliativní pacienty odpověděla většina, že ne (60%, 33 odpovědí) a menšina (38%, 21 odpovědí), že ano. Dobrou zprávou podle mého názoru je, že většina (byť těsná – 13 odpovědí) respondentů, kteří dosavadní využití možnosti přípravy nevnímali jako dostatečné (ot. č. 11), by další možnosti přípravy ocenili. Zdá se tedy, že mají chuť či vůli s nedostatečnou přípravou něco dělat. V rámci slovní odpovědi, kde respondenti mohli vyjádřit, jakých dalších možností přípravy by rádi využili, uváděli nejčastěji specializované kurzy, školení na pracovišti a kurzy zaměřené na komunikaci s pacienty a jejich rodinou.

Otázka č. 13 – Co je podle Vás pro paliativní pacienty nejdůležitější? (můžete zvolit více možností)

Graf 13



Pro paliativní pacienty je dle naprosté většiny respondentů nejdůležitější kontakt s rodinou (50 odpovědí z 55) a absence bolesti (49 odpovědí z 55). Další možnosti byly také zvoleny nadpoloviční většinou respondentů a mají poměrně vyrovnaný počet respondentů (viz. graf č. 13 výše). Při pohledu na data z hlediska věku, pohlaví, typu pracoviště či délky praxe v intenzivní péči jsem u výše zmíněných priorit (kontakt s rodinou, absence bolesti) nenalezla žádné výrazné odchylky, a tudíž docházím k závěru, že v tomto ohledu se zdravotníci shodují napříč různými kategoriemi.

Otázka č. 14 – Jaké role by podle Vás měly zastávat zdravotní sestry pečující o paliativní pacienty? (můžete zvolit více možností)

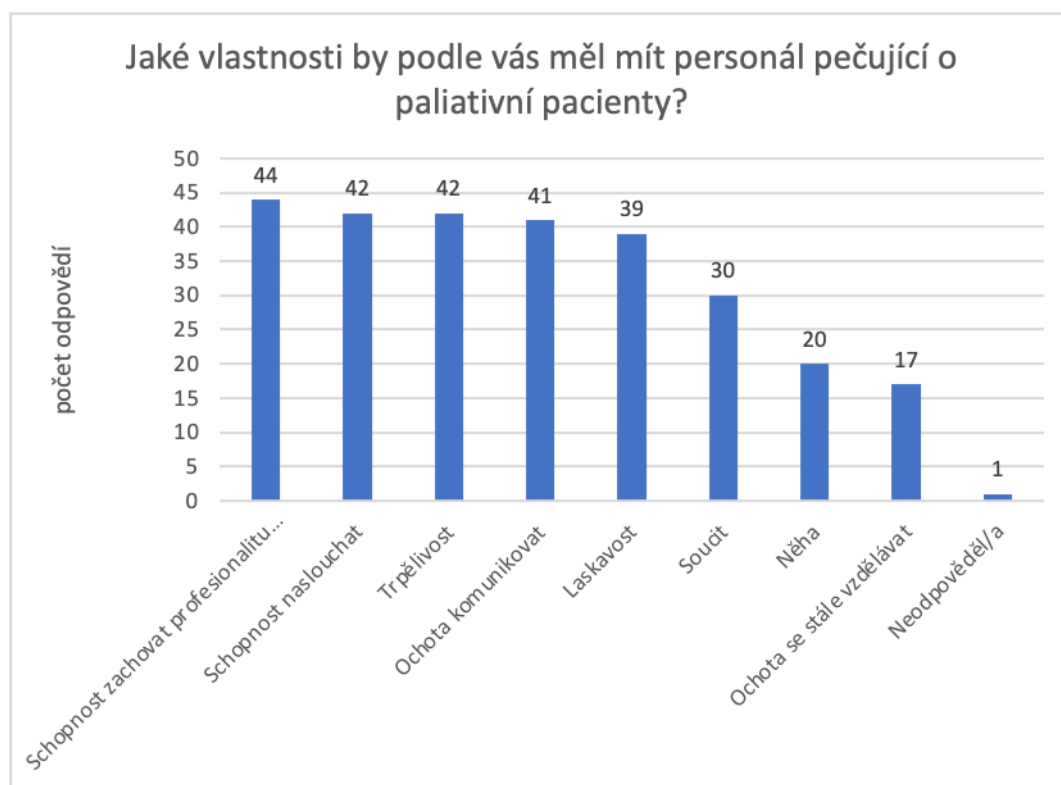
Graf 14



V otázce č. 14 jsem se respondentů ptala, jaké role by dle jejich názoru měly zdravotní sestry pečující o paliativní pacienty zastávat. Z nabízených možností se naprostá většina (47 z 55 respondentů) shodla, že primární rolí je poskytovatel/ka ošetrovatelské péče. Nadpoloviční většina respondentů (29 z 55) uvedla průvodkyni nemocí a třetina dotazovaných (18 z 55) pak roli edukátorky. Z dalších možných rolí, které již získaly méně hlasů bych ráda zmínila ještě manažerku/koodinátorku péče (12 z 55). V rámci možnosti jiné pak respondenti zmínili např. poskytování opory, vlídnosti, empatie či kamarádství. Celkově jsou získané výsledky dle mého názoru v souladu s obecně očekávanými rolmi u zdravotních sester (primárně poskytovatelka ošetrovatelské péče) i s rolmi , které jsou specifické pro paliativní péči – průvodkyně nemocí, edukátorka, manažerka péče.

**Otázka č. 15 – Jaké vlastnosti by podle vás měl mít personál pečující o paliativní pacienty?
(můžete zvolit více možností)**

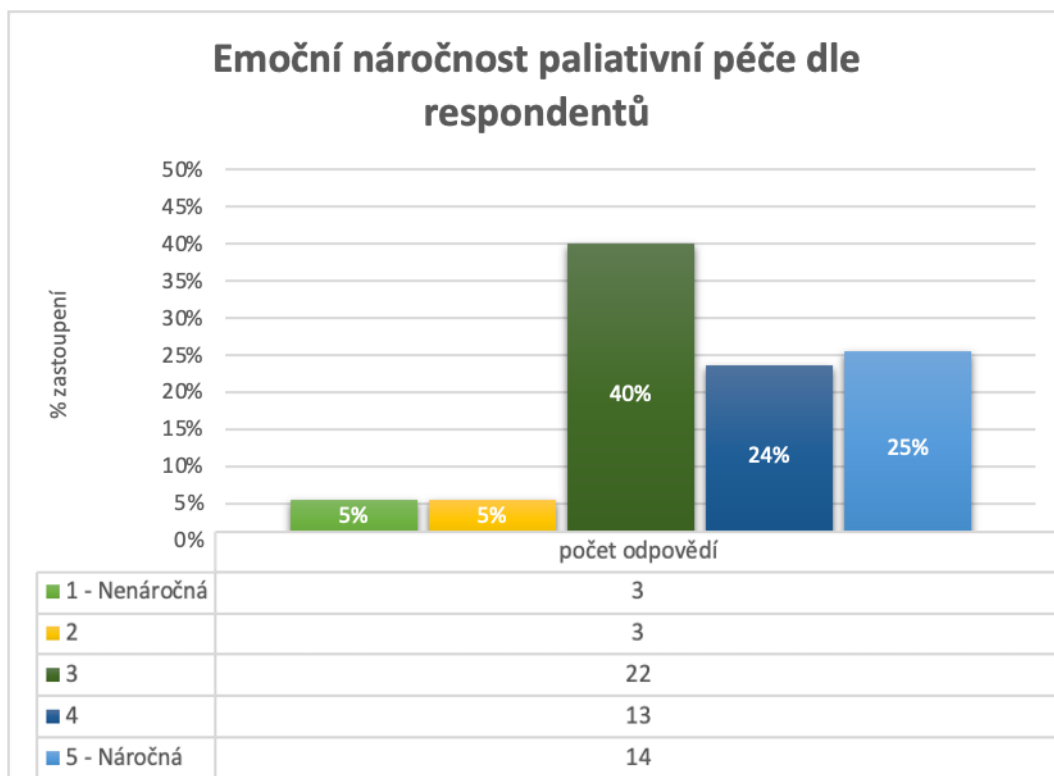
Graf 15



Na otázku ohledně vlastností důležitých pro personál pečující o paliativní pacienty odpovídali respondenti minimálně v prvních pěti kategoriích velmi vyrovnaně. Nejdůležitější vlastností pro většinu je schopnost zachovat profesionalitu za všech okolností, dále pak schopnost naslouchat, trpělivost, ochota komunikovat, laskavost a soucit. Z mé vlastní zkušenosti a praxe mohu potvrdit, že tyto vlastnosti jsou v náročném prostředí intenzivní péče o paliativní pacienty velmi důležité, užitečné a ceněné. Nejmenší počet odpovědí získala ochota se stále vzdělávat (17 z 55).

Otázka č. 16 – Jak moc emocionálně náročná je pro Vás péče o paliativní pacienty?

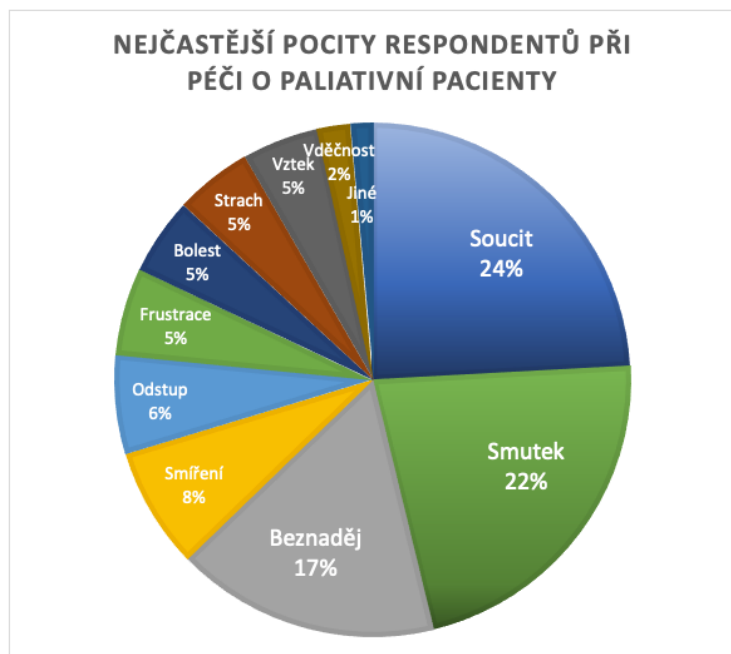
Graf 16



Na škále emoční náročnosti paliativní péče od 1 (nenáročná) do 5 (náročná) odpovědělo pouze 10% respondentů, že je pro ně tato péče nenáročná, nebo spíše nenáročná. Pro 40% respondentů je péče náročná průměrně a zbylých 49% ji hodnotí jako náročnou, nebo spíše náročnou. Z mé osobní zkušenost bych se zařadila spíše do posledních 2 kategorií (náročná, spíše náročná), neboť péče o paliativní pacienty i v rámci prostředí intenzivní péče pro mne vždy představovala dodatečnou emoční zátěž a vyvolávala otázky, které mne vedly k hlubšímu zabývání se tímto tématem v rámci bakalářské práce (viz. Úvod).

Otázka č. 17 – Jaké pocity nejčastěji zažíváte/ prožíváte při péči o paliativní pacienty?

Graf 17

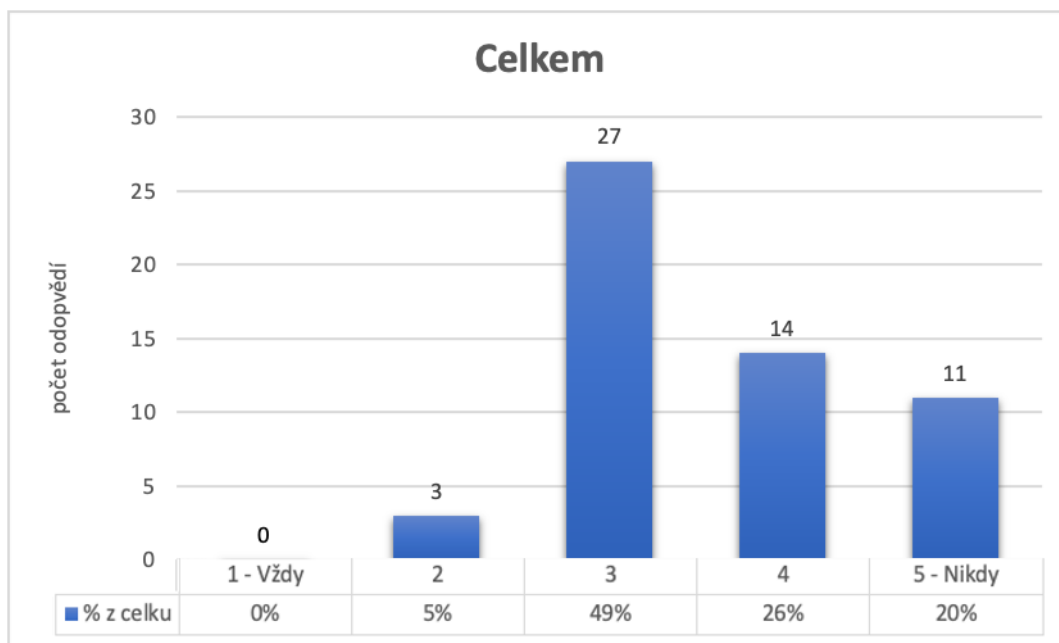


Pocit	počet odpovědí
Soucit	35
Smutek	32
Beznaděj	24
Smíření	11
Odstup	9
Frustrace	8
Bolest	7
Strach	7
Vztek	7
Vděčnost	3
Jiné	2
Celkový součet	145

Při péči o paliativní pacienty respondenti nejčastěji zažívají pocity soucitu (35 odpovědí), smutku (32 odpovědí) a beznaděje (21 odpovědí), s čímž se ze své praxe také ztotožňují a co se mi zdá přirozené, když se povětšinou zdravý člověk stará o jiného člověka, který umírá. Možnou útěchou vyplývající z nasbíraných dat může být, že čistě negativní emoce jako jsou vztek, bolest či strach často prožívá jen menšina dotazovaných respondentů.

Otázka č. 18 – Jak moc na sobě dáváte svoje emoce znát při péči o paliativní pacienty?

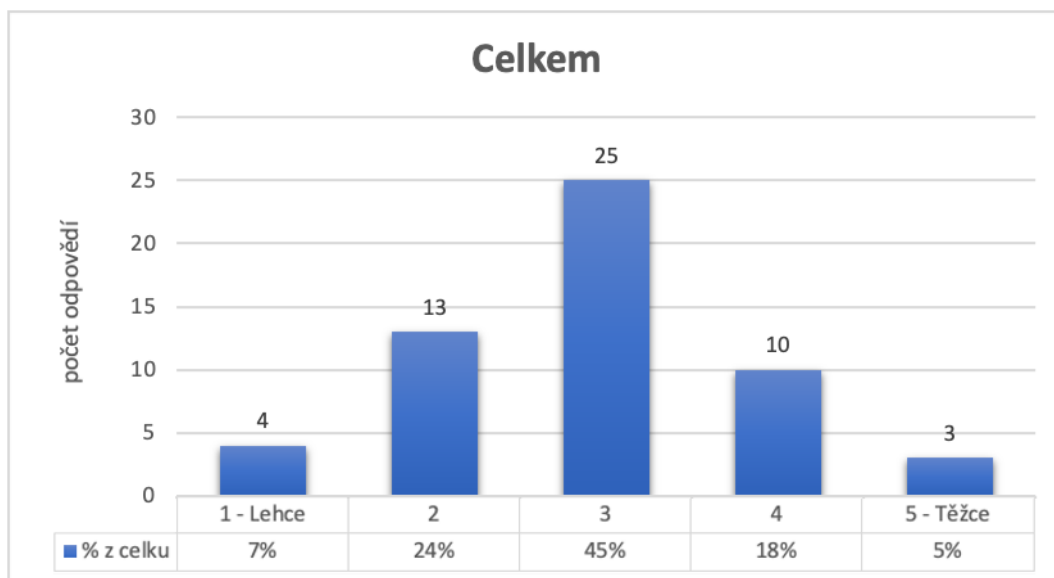
Graf 18



Na otázku jak moc na sobě dávají respondenti znát své emoce při péči o paliativní pacienty odpověděla téměř polovina (49%) dotazovaných na škále od 1 (vždy) do 5 (nikdy) prostřední hodnotou 3, která by se dala interpretovat také jako „jak kdy“, nebo „průměrně“. Pokud bychom tuto hodnotu brali jako určitou dělicí čáru, pak můžeme dále pozorovat, že většina ze zbytku respondentů (46% z 51%) se přiklání spíše na pravou stranu škály k hodnotám spíše nikdy a nikdy. Zdravotní sestry se tedy svoje emoce nechávají spíše pro sebe, což dle mého názoru koresponduje s odpovědí na otázku č. 15, kde schopnost zachovat profesionalitu byla zvolena největším počtem dotazovaných jako vlastnost, kterou by měl mít personál pečující o paliativní pacienty.

Otázka č. 19 – Jak se vyrovnáváte s péčí o paliativní pacienty?

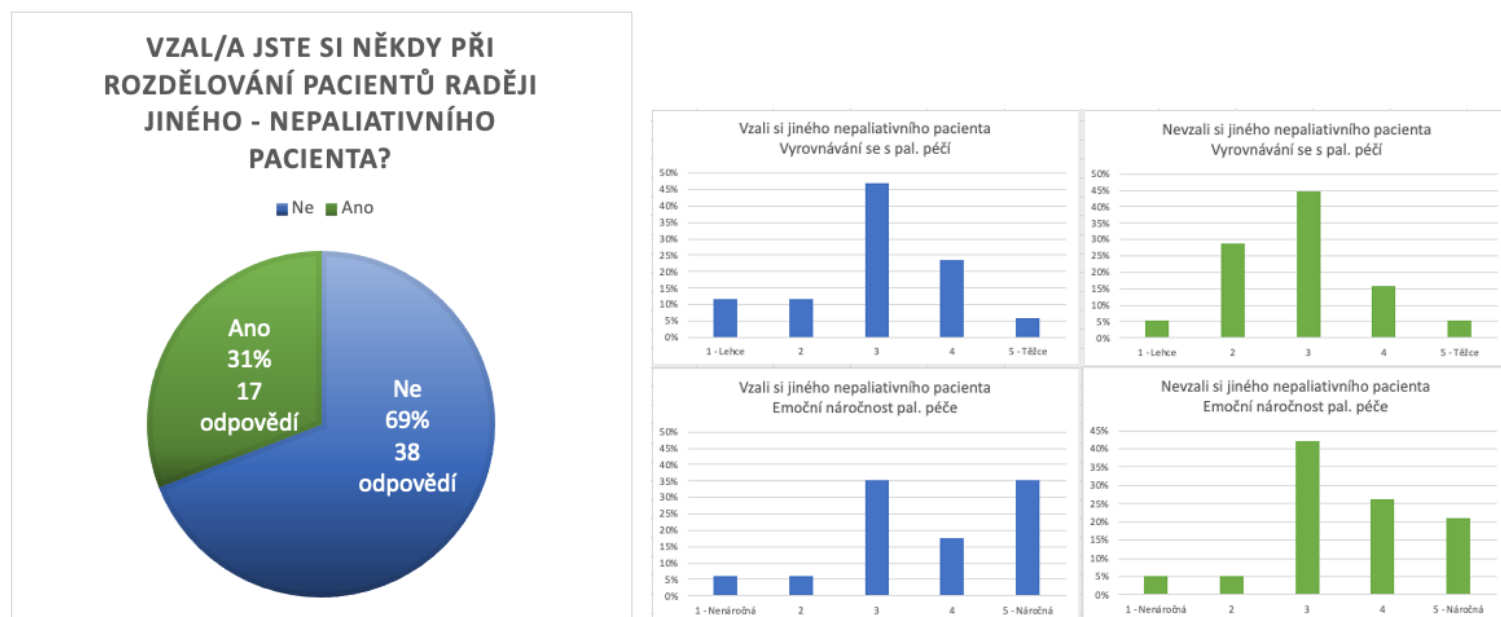
Graf 19



Na otázku jak lehce/ těžce se respondenti vyrovnávají s péčí o paliativní pacienty opět odpověděl největší počet dotazovaných prostřední hodnotou 3, kterou lze číst jako průměrně, či ani lehce, ani těžce. Větší část ze zbývajících skupiny respondentů (17 resp. volícím hodnoty 1 a 2 vůči 13 resp. volícím hodnoty 4 či 5) se mírně kloní k levé části škály a hodnotám vyjadřujícím vyrovnávání se lehce, či spíše lehce. To vnímám jako dobré znamení, neboť i když je paliativní péče pro většina respondentů spíše náročná (ot. č. 15), zdá se, že se s touto náročností dokáží poměrně dobře vyrovnat. Zajímavé je, že z 13ti respondentů, kteří se s paliativní péčí vyrovnávají poměrně těžce jich většina (8 ze 13) hodnotila využití možností přípravy jako nedostatečné. Je dobré podotknout, že všech těchto 13 respondentů hodnotilo paliativní péči jako náročnou, či spíše náročnou (ot. 15). Naopak skupina, která s paliativní péčí vyrovnává lehčeji, než průměr (odpovědi 1 a 2) považuje využití možností přípravy za dostatečné (14 ze 17) a paliativní péče je pro ně emočně celkově méně náročná. Domnívám se tedy, že právě možnosti přípravy na paliativní péči by mohly přispět k lepšímu vyrovnávání se s paliativní péčí u zdravotních sester.

Otázka č. 20 – Vzal/a jste si někdy při rozdělování pacientů raději jiného- nepaliativního pacienta?

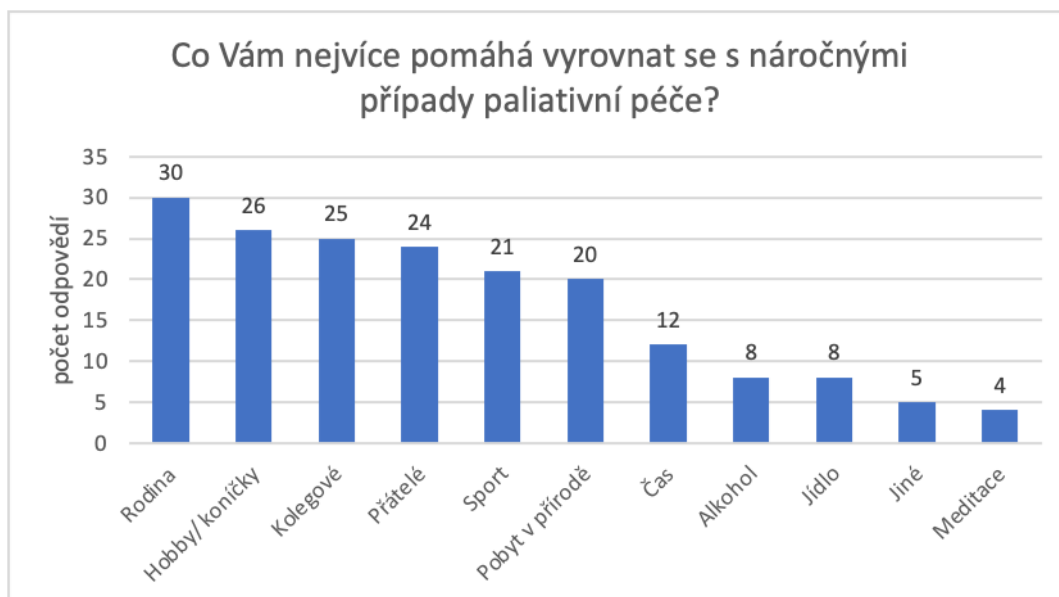
Graf 20



Na otázku, zda si respondenti někdy při rozdělování pacientů vzali raději nepaliativního, než paliativního pacienta odpovědělo 69% respondentů, že ne a 31% respondentů, že ano. Při bližším pohledu na data 17 respondentů, kteří si raději nepaliativního pacienta vzali, můžeme vidět, že pro tyto respondenty je péče o paliativní pacienty emočně o něco náročnější (dolní polovina grafů vpravo) a také se s ní hůře vyrovnávají (horní polovina grafů vpravo), i když se nejedná o velké procentuální rozdíly. Odpovědi na tuto otázku mě zajímají i z osobního hlediska, neboť jsem podobné váhání kvůli emocionální náročnosti péče o paliativní pacientku sama zažila a i když jsem o změnu pacienta nakonec nepožádala, respondenty, kteří tak učinili do jisté míry chápu.

Otázka č. 21 – Co Vám nejvíce pomáhá vyrovnat se s náročnými případy paliativní péče?

Graf 21



Zdravotním sestrám pečujícím o paliativní pacienty pomáhá při vyrovnání se s náročnými případy nejvíce jejich rodina, dále pak hobby/koníčky, kolegové, přátelé, sport a pobyt v přírodě. Mít možnost sdílení náročných situací s našimi blízkými, nebo mít jinou možnost ventilace a vyrovnání se s náročnou prací je dle mého názoru velmi důležité u všech pomáhajících profesí. Z vlastní praxe mohu potvrdit nezastupitelnou roli kolegů na pracovišti, kteří mají podobnou zkušenost, dokáží se do pocitů dobře vcítit a vzájemně se podpořit. Pro úplnost ještě doplním, že v rámci kategorie jiné respondenti uváděli nejčastěji humor (černý) a jednotlivých případech pak i odchod z práce či sex.

Otázka č. 22 – Jak těžké je pro Vás "přepnout se" z život zachraňujícího módu do pouze pečujícího módu u paliativních pacientů?

Graf 22



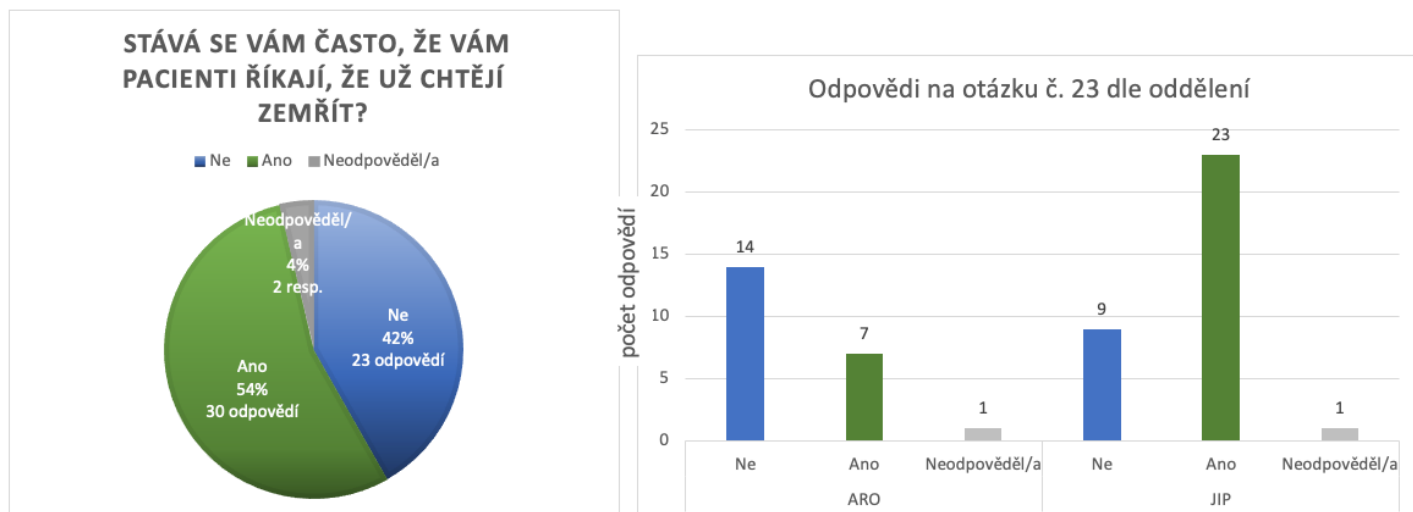
vysvětlení škály:

- 1- Ne vždy je to lehké, ale souhlasím s tím, že i když není vždy možné život zachránit, jeho konec musí být kvalitní.
- 3 - Nepřemýšlím o tom/ nevnímám to jako problém.
- 5 - Vždy je to těžké, protože věřím v to, že vždy se musíme snažit zachránit života každého pacienta.

K položení této otázky mne motivovalo určité vnitřní dilema, které zdravotníci působící v intenzivní péči mohou také prožívat. Na jedné straně jsme na jednotkách intenzivní péče či ARO zvyklí každý den ze všech sil a s pomocí prostředků moderní medicíny bojovat o život každého pacienta. Na straně druhé bychom měli být schopni si říci dost a „přepnout se“ spíše do pečujícího módu, poskytnout pacientům raději komfort a vlídně je doprovodit ke konci jejich života. Schopnost tohoto „přepínání se“ nepovažuji vůbec za samozřejmou, ani lehkou a zajímalo mne, jak toto téma vnímají ostatní sestry. Z nasbíraných dat je vidět, že téměř polovina (47%) tuto oblast jako problém nevnímá, nebo o tom nepřemýšlí. Většina zbylých respondentů (42%) se pak přiklání k názoru, že i když to nemusí být vždy pro zdravotníky lehké a ne každý život lze zachránit, je důležité, aby konec života byl hlavně kvalitní. Takový přístup je dle mého názoru pro paliativní péči velmi důležitý a přínosný, osobně se s ním také ztotožňuji.

Otázka č. 23 – Stává se Vám často, že vám pacienti říkají, že už chtějí zemřít?

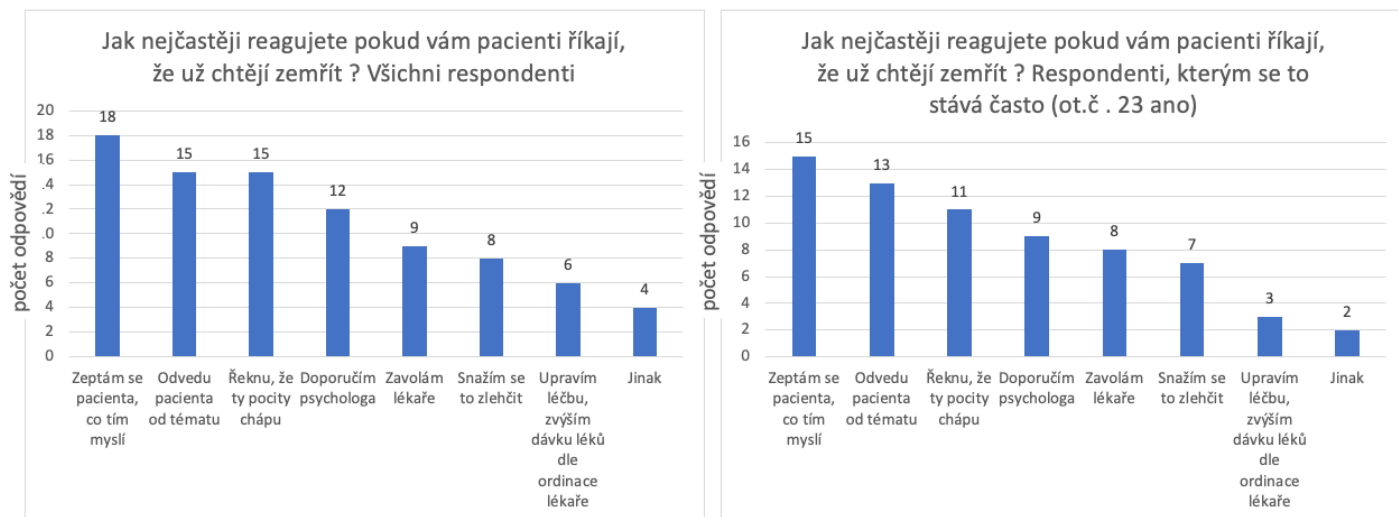
Graf 23



Na otázku, zda se respondentům často stává, že jim pacienti říkají, že již chtějí zemřít odpovědělo z celkového počtu 55 respondentů 54% (30 odpovědí), že ano a 42% (23 odpovědí), že ne. Při bližším pohledu na získané odpovědi z hlediska oddělení je vidět, že tato situace nastává častěji u sester pracujících na odděleních JIP, než na odděleních ARO. Nutno dodat, že někteří respondenti z oddělení ARO dopisovali na dotazníky u této otázky vysvětlující komentář „protože nemohou mluvit“. To se mi zdá pochopitelné vzhledem k tomu, že na odděleních ARO se zpravidla nacházejí pacienti ve vážnějším zdravotní stavu, než na odděleních JIP.

Otázka č. 24 – Pokud ano, jak v takových situacích obvykle reagujete?

Graf 24



V předchozí otázce č. 23 jsem se respondentů ptala, zda se jim stává často, že jim pacienti říkají, že už chtějí zemřít. V otázce č. 24 mne zajímalo, pokud se jim to stává často, jak v takových situacích nejčastěji reagují. Jelikož mi na otázku č. 24 odpovědělo i 23 respondentů, kteří na otázku č. 23 odpověděli ne (tedy, že se jim taková situace často nestává) a já nechtěla jejich odpovědi ztratit – vypracovala jsem 2 grafy porovnávající odpovědi všech respondentů, kteří na otázku č. 24 odpověděli s těmi, kteří na předchozí otázku odpověděli ano (tedy, že se jim taková situace stává často). V získaných výsledcích není mezi oběma skupinami patrný rozdíl v pořadí nejčastějších reakcí sester na takovou situaci. První reakcí bývá, že se zeptají pacienta, co tím myslí. Taková reakce je dle mého názoru v souladu s principy paliativní péče, kdy je potřeba zjistit jaké motivy, či potřeby ve skutečnosti stojí za takovým přáním pacienta. Může se totiž jednat o obtíže se kterými paliativní péče dokáže pomoci. Jako příklad uveďme úlevu od bolesti, utišení pocitu samoty či pomoc uzavřít nedorozumění životní otázky. Respondenti dále uváděli snahu odvést pacienta od tématu, ujištění, že takové pocity chápou, doporučení psychologa, či zavolání lékaře.

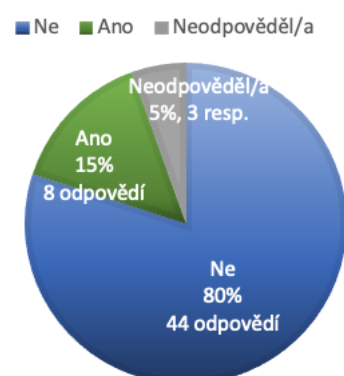
Otázka č. 25 – Zažíváte při péči o paliativní pacienty morální dilemata? Pokud ano, jaká?

Graf 25

Na otázku, zda respondenti zažívají při péči o paliativní pacienty nějaká morální dilemata odpověděla valná většina (80%) dotazovaných, že ne 15%, že ano a zbylých 5% respondentů na tuto otázku neodpovědělo. Zdá se tedy, že zdravotní sestry pečující o paliativní pacienty na jednotkách intenzivní péče jsou ve většině případů s touto úlohou dobře vnitřně vyrovnány a žádná morální

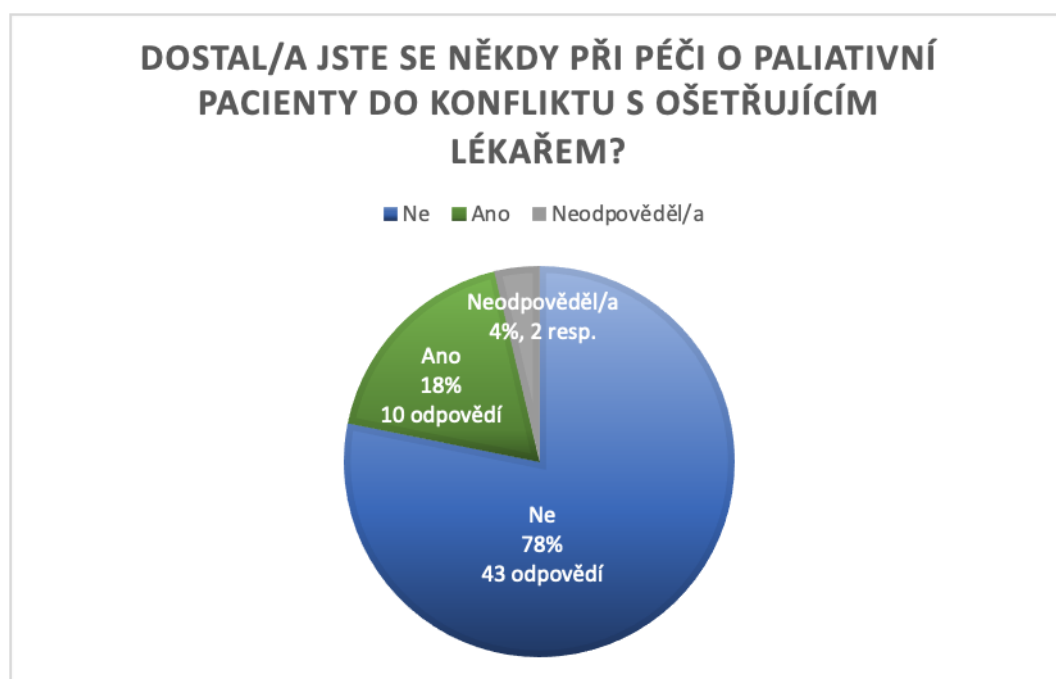
dilemata při své práci nezažívají. Přiznám se, že takto výrazná převaha respondentů, kteří na tuto otázku odpověděli „ne“ mne trochu překvapila, především s ohledem na pozdější odpověď na otázku č. 27 (možnosti moderní medicíny vs. paliativní péče), kde velmi podobný počet dotazovaných (78%) odpověděl, že možnosti moderní medicíny (např. možnost prodloužení života na ARO) vnímá v rozporu s péčí o paliativní pacienty. Je ovšem dost dobře možné, že i když se odpovědi na tyto 2 rozdílné otázky mohou zdát jako protichůdné, sestry díky své profesionalitě vnímané rozpory jako morální dilemata neřeší. Pro úplnost doplním morální dilemata, která respondenti uvedli v rámci odpovědi ano: „nedostatečná analgezie“, „intenzivní léčba vs. klidné a důstojné umírání a smrt“, „žít x nežít“, „problém v komunikaci (kdy sestra nedostává od lékaře dostatečné informace“), „prodlužování léčby u paliativních pacientů“ a „udržování pacienta jen kvůli studii“.

ZAŽÍVÁTE PŘI PÉČI O PALIATIVNÍ PACIENTY MORÁLNÍ DILEMATA?



Otázka č. 26 – Dostal/a jste se někdy při péči o paliativní pacienty do konfliktu s ošetřujícím lékařem? Pokud ano, v čem tento konflikt spočíval?

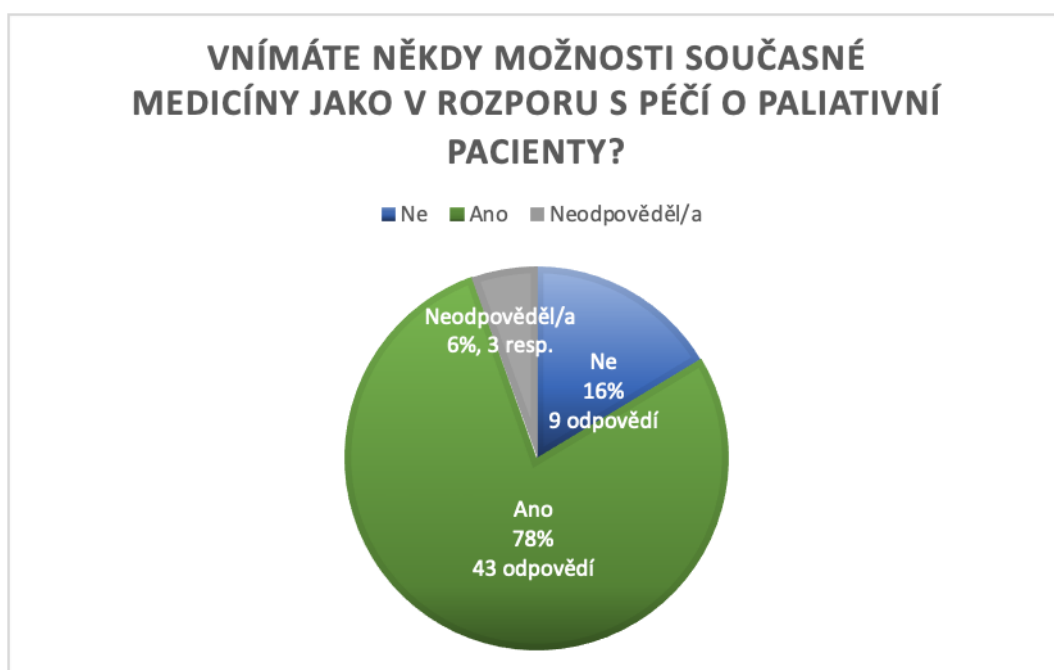
Graf 26



Z odpovědí respondentů zobrazených v grafu výše je patrné, že valná většina (78%) se při péči o paliativní pacienty do konfliktu s ošetřujícím lékařem nedostala. Dle mého názoru se jedná o velmi dobrý výsledek demonstrující dobrou spolupráci mezi sestrami a ošetřujícími lékaři. Přibližná pětina (18%) dotazovaných se do konfliktu dostala a ve slovních odpovědích pak respondenti nejčastěji uváděli neshody v nastavení či ukončení péče a nedostatečnou sedaci.

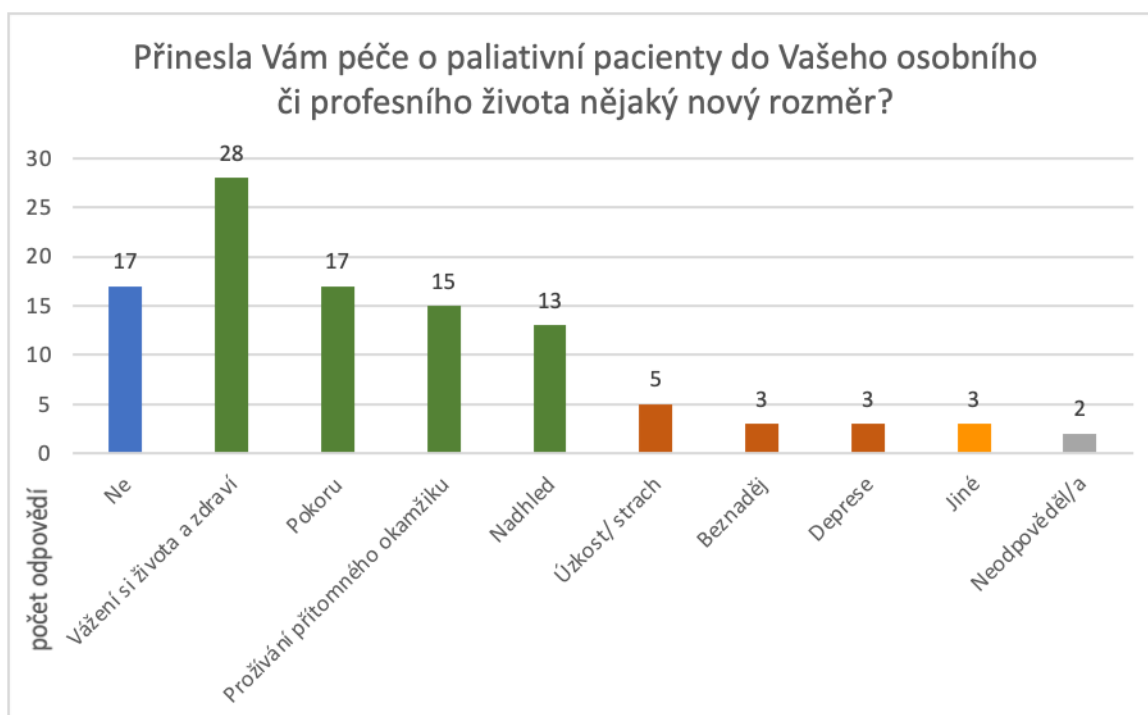
Otázka č. 27 – Vnímáte někdy možnosti současné medicíny (např. možnost prodloužení života na ARO) jako v rozporu s péčí o paliativní pacienty?

Graf 27



Na otázku, zda respondenti vnímají někdy možnosti současné medicíny (např. možnosti udržení života na ARO) jako v rozporu s péčí o paliativní pacienty odpověděla většina (78%) dotazovaných, že ano, 16%, že ne a zbylých 6% respondentů na tuto otázku neodpovědělo. Možnosti současné medicíny jsou vskutku velice pokročilé a zdravotníci jsou díky nim schopni zachránit, či alespoň udržet, množství lidských životů, které by dříve byly ztraceny. V mnohých případech tyto možnosti dávají lékařům i pacientům cenný čas potřebný pro léčbu a uzdravení, v případě paliativních pacientů se však může jednat jen o „mechanické“ odvracení neodvratitelného. Dle mého názoru se jedná o velice citlivé téma, které nelze paušalizovat/ generalizovat, vyžaduje zkušený přístup, komunikaci s pacientem a jeho rodinou za podpory specialistů z paliativního týmu.

Otázka č. 28 – Přinesla Vám péče o paliativní pacienty do Vašeho osobního či profesního života nějaký nový rozměr? Pokud ano...jaký? **Graf 28**



Péče o paliativní pacienty nepřinesla žádný nový rozměr do života přibližně třetině respondentů (31%). Další třetině až polovině respondentů přinesla do osobního či profesního života pozitivní rozměr. A to buď vážení si života a zdraví (51%), pokoru (31%), prožívání přítomného okamžiku (27%) či náhled (24%). Menší části dotazovaných bohužel péče o paliativní pacienty přinesla do života úzkost/strach (9%), beznaděj (5%) či deprese (5%). Jiné hodnoty přinesla také 5% dotazovaných a to: „trpkost“, „možnost rozhodnout o svém konci sám“ či „uvědomění si, že vlastně nemám problémy, když nejde o život, nejde o nic“. Dva respondenti na otázku neodpověděli. Výsledky získané z této otázky potvrdily můj osobní názor, že i když je péče o paliativní pacienty pro zdravotníky mnohdy velmi náročná, stojí za to se jí věnovat a může přinést mnoho pozitivního nejen samotným pacientům, ale i těm, kteří ji poskytují.

Diskuze a závěrečné zhodnocení výzkumu

Hlavním cílem této bakalářské práce bylo prozkoumat pohled, zkušenosti a prožívání sester pečujících o paliativní pacienty v prostředí intenzivní medicíny. V rámci dílčích cílů jsem se hlouběji zaměřovala na možnosti přípravy sester na péči o paliativní pacienty, jejich role a vlastnosti, pocity a vyrovnávání se s nároky paliativní péče, konfliktní situace či dilemata a v neposlední řadě také tím, zda náročná péče o paliativní pacienty sestrám přinesla do života i něco pozitivního. Výsledky svého výzkumu jsem v relevantních oblastech porovnávala s výsledky šetření zveřejněných v rámci bakalářských prací, které se zabývaly podobným tématem, a to s bakalářskou prací Jakuba Lедера - *Důstojné umírání a smrt na resuscitačních odděleních* a s bakalářskou prací Kateřiny Poulové - *Zkušenosti sester s aplikací paliativní péče u dospělých pacientů v nemocničních zařízeních*.

První z výzkumných cílů mé bakalářské práce se týkal možností příprav na paliativní péči a jejich skutečného využívání. Většina dotazovaných (71%) zná a věří různým možnostem přípravy na péči o paliativní pacienty. V praxi respondenti nejčastěji využili výuku ve škole, školení na pracovišti a samostudium. Nadpoloviční většina (53%) považuje možnosti, které využili za dostatečné a necítí potřebu další přípravy. Respondenti, kteří absolvovali specializované kurzy či školení jsou s přípravou spokojenější než ti, kteří se věnovali spíše samostudiu. V odborné literatuře jsou přednášky či lekce uváděny jako velice vhodný a často používaný typ výuky, obzvláště pro skupiny jedinců se stejnou či podobnou potřebou poznatků. Naproti tomu samostudium předpokládá vyšší individuální motivaci, jasné cíle a bývá vhodnější spíše pro mladší jedince. (1, s. 463) Podobnou oblastí se ve svém výzkumu zabývala také Kateřina Poulová, které ovšem respondenti ve většině případů (69% až 80%) odpověděli, že nemají dostatek informací k poskytování kvalitní paliativní péče. Možné vysvětlení rozdílů mezi výsledky mého výzkumu (53% se cítí dostatečně připraveno) a výsledky výzkumu K. Poulové (pouze 20% až 31% má dostatek informací pro poskytování kvalitní paliativní péče) vidím v rozdílnosti cílových

skupin respondentů (v mé práci - ARO/JIP VFN, v práci K. Poulové – všeobecné sestry v Nemocnice Neratovice a RK Malvazinky). Nároky na odbornost zdravotnického personálu bývají u jednotek intenzivní péče celkově vyšší, což může vysvětlovat vyšší procento připravenosti.

V rámci druhého výzkumného cíle jsem se snažila zjistit, co respondenti považují pro paliativní pacienty za nejdůležitější a zda jsou tyto potřeby v souladu s rolemi a vlastnostmi zdravotních sester, které péči vykonávají. Pro paliativní pacienty je dle oslovených respondentů v mém výzkumu nejdůležitější kontakt s rodinou (91%), absence bolesti (89%) a důstojnost/soukromí (69%). Role, se kterými se oslovení zdravotníci primárně identifikují (poskytovatelka ošetrovatelské péče, průvodkyně nemocí, edukátorka) jsou dle mého názoru v souladu s potřebami pacientů. Nejdůležitější vlastnosti, které by personál pečující o paliativní pacienty dle respondentů měl mít (schopnost zachovat profesionalitu za všech okolností, schopnost naslouchat, trpělivost, ochota komunikovat a laskavost) jsou dle mého názoru nezbytné a důležité pro naplnění jejich poslání. Z výzkumu, který realizoval v rámci své bakalářské práce Jakub Leder vyplývá, že pro umírající pacienty je nejdůležitější být bez bolesti (55% - 62%) a kontakt s blízkou osobou (25% - 33%). Výzkum Kateřiny Petákové staví léčbu bolesti také na první místo (62% - 98%), na druhém pak uvádí psychickou pohodu pacienta (92%). Spíše než konkrétní umístění či procenta uvedená u jednotlivých položek vnímám jako důležité to, že absence bolesti, kontakt s rodinou a co největší psychická i fyzická pohoda pacienta je vnímána jako priorita respondentů napříč porovnávanými výzkumy a nutnost věnovat se těmto aspektům je akcentována i ve většině odborné literatury, která se zabývá paliativní péčí. Jako příklad uvádím následující citace:

“...zdůrazňuje tyto základní principy paliativní medicíny, které korelují s potřebami umírajících: symptomatickou léčbu, zmírňující péči, efektivní terapii somatické a psychické bolesti, emoční podporu, spirituální pomoc, sociální zázemí, aktivní nebo aktivizační individuální program pro umírající, doprovodnou odbornou pomoc rodině umírajícího“ (3, s. 27) či

„Z analýzy dat kvalitativního výzkumu vyplynulo, že pro kvalitu života pacientů v konečném stádiu nemoci je nutná péče o symptom nemoci,

respektování autonomie pacienta a respektování psychických, sociálních a spirituálních potřeb. Kvalitní péče o symptom a léčba bolesti by měly zajistit co nejmenší omezení pacienta. V sociální oblasti je pro pacienty podstatná sociální podpora rodiny a zdravotnických pracovníků, zabezpečení, možnost nějaké aktivity a úprava prostředí.“ (8, s. 52)

Hlavní část mé výzkumné práce se zabývala otázkami týkajícími se emocí, které zdravotní sestry během péče o paliativní pacienty prožívají a tím, jak se nimi vyrovnávají v pracovním i osobním životě. Péče o paliativní pacienty představuje pro zdravotní sestry zvýšenou emoční zátěž. Největší část respondentů (45%) uvedla, že se pro ně jedná o emocionálně náročnou či spíše náročnou činnost, 40% dotazovaných emoční náročnost hodnotí průměrně a pouze 10% jako nenáročnou, či spíše nenáročnou. Pocity, které sestry při péči o paliativní pacienty nejčastěji zažívají jsou soucit, smutek a beznaděj, ale navenek je příliš neventilují (46% spíše či vůbec ne, 49% průměrně). I přes tuto náročnost se sestry s péčí o paliativní pacienty vyrovnávají poměrně dobře (45% průměrně, 31% lehce či spíše lehce, 23% těžce či spíše těžce) a pomáhá jim v tom především rodina, hobby/koníčky, kolegové a přátelé. Většina (69%) sester paliativní pacienty při rozdělování pacientů neodmítá a nedělá jim ani problém "přepnout se" z život zachraňujícího do spíše pečujícího a doprovázejícího módu, kdy je důležitá především kvalita konce života (47% to neřeší, 42% je zastáncem spíše kvality konce života, než jeho záchrany za každou cenu). Respondenti, kteří odpovídali na dotazník Jakuba Ledera při péči o umírajícího pacienta prožívali nejčastěji smíření a dále pak smutek. Zajímavý rozdíl mezi našimi výzkumy je, že zatímco smíření bylo u J. Ledera nejčastěji zažívaným pocitem, u mých respondentů bylo uváděno až na 4. místě (byť procentuální zastoupení bylo podobné 20% v mém výzkumu, 26% u J. Ledera). Pro podrobnější analýzu tohoto rozdílu jsem bohužel neměla k dispozici dostatek dalších dat. Domnívám se, že i když se zdravotníci snaží být maximálně profesionální a své emoce navenek často skrývají, nebo je potlačují, je třeba jejich prožívání věnovat zvýšenou pozornost a péči. Péče o paliativní pacienty je pro zdravotníky psychicky velmi náročná a hrozí u nich zvýšené riziko úzkostí i deprese (především u mladých zdravotních sester) (1, s. 410). Pokud sestry nemají možnost hovořit o svých pocitech s rodinou či

přáteli, mohou pociťovat izolovanost a vzdalovat se jim. (3, s. 38) Přitom pozitivní vliv sociální opory, kterou dotyčný může čerpat především v rodině, práci či od přátel je uváděn jako důležitý faktor pro prevenci syndromu vyhoření/vyhaslosti. Podpora od kolegů se stejnou zkušeností či v podobném postavení je poté naprosto nepostradatelná. (3, s. 46) Ráda bych zde ještě zmínila důležitost připuštění si a prožití smutku tak, jak jej popisuje v knize *Sestra a pacient v paliativní péči* Monika Marková: „*Smutek je normální reakcí na nějakou ztrátu. Tuto reakci musíme prožít, abychom si v sobě nehromadili problémy do budoucna...To, že si dovolíme cítit smutek nad pacientem, který umírá, nebo zemřel, nás samozřejmě nesmí ochromit, ale je to nutný předpoklad k tomu, abychom mohli nabrat nové síly...Proto bychom si i my, profesionálové, měli dovolit zaplakat nad ztrátou pacienta, který nám více přirostl k srdci, a netvořit si kolem srdce tvrdou skořápku. Prožitý smutek nám totiž pomáhá jít dál. S novou životní zkušeností a s novou silou, kterou pak můžeme předávat těm, kterým poskytujeme péči.*“ (7, s. 32-33)

Situace, kdy pacient sděluje zdravotníkovi, který o něj pečuje, že chce již jen zemřít, případně dokonce prosí o pomoc při naplnění takového přání je velmi emočně náročná. Někteří zdravotníci tyto situace mohou nést těžce a vnímat je jako osobní selhání. V odborné literatuře se žádosti o ukončení života řeší jako etický problém. Margaret O'Connor a Sanchia Aranda např. definují výchozí pozici takto: „*Sestry musí být schopné reagovat způsobem, který respektuje pacienta a jeho rodinu a zůstat přitom věrné vlastnímu morálnímu a právnímu přesvědčení.*“ (10, s. 59) V našem právním rámci samozřejmě nelze takovému přání vyhovět a ani v případě, kdy by to možné bylo si nemyslím, že by to bylo správné. Za takovými výzvami se totiž častokrát mohou skrývat různé další motivy (např. strach z bolesti, pocit osamělosti, opuštění, strach z nesamostatnosti, pocit, že je pacient pro ostatní jen přítěží). V první řadě je třeba vnímat takové prosby jako „volání o pomoc“ a úkolem sestry je porozumět a rozklíčovat v pozadí stojící obavy a motivy citlivým, empatickým způsobem a aktivním nasloucháním. S mnohými aspekty mohou pomoci existující nástroje paliativní péče, rodina, či další odborníci (např. psychologové) a klíčovou rolí sestry je potřebné odborníky identifikovat (10, s. 198).

V mém výzkumu se s takovou situací často setkává nadpoloviční většina dotazovaných (54%). Reagují na ni primárně tím, že se ptají, co tím pacient myslí, snaží se jej odvést od tématu, nebo ujistit, že takové pocity chápou. Dále pak sestry doporučují psychologa, či kontaktují ošetřujícího lékaře. Zjištěné způsoby reakcí jsou dle mého názoru v souladu s doporučeními odborné literatury.

Další oblastí, která mě v rámci výzkumného šetření zajímala, se týkala rozporů, konfliktů a morálních dilem, do kterých se mohou zdravotní sestry během péče o paliativní pacienty v prostředí intenzivní péče dostat. Z výzkumu vyplynulo, že většina respondentů (78%) vnímá možnosti současné medicíny (např. možnosti prodloužení života na ARO) jako v rozporu s paliativní péčí, pro většinu z nich (80%) to (ani nic jiného) však nepředstavuje morální dilemma. Péče o pacienty v intenzivní i paliativní péči má mnoho společného. Jak však v rámci svého pojednání zabývajícího se péčí o pacienty umírající na jednotkách intenzivní péče zmiňuje doktorka Jane Seymour: „...*uvedené podobnosti jsou někdy poněkud zastřeny technickým zázemím prostředí intenzivní péče. Hluk, prudké světlo a přístroje mohou navodit dojem, že technologie přehluší osobnost pacienta a také vše, co je lidské a emocionální.*“ a dále také „*Ukázalo se, že některé charakteristiky intenzivní péče přispívají ke vzniku „prostředí přesyceného podněty“ (Miles, 2001), kde může být obtížné poskytovat péči, která zaručí „dobrou smrt“ z hlediska pacientů, jejich rodin i personálu. Všechny tyto faktory se ještě více zvýrazní s rozvojem sofistikovaných lékařských technologií.*“. Jane Seymour ještě dodává, že: „*V kontextu intenzivní péče obvykle chybí jeden z hlavních principů paliativní péče, a to ten, že lidé jsou si vědomi toho, že umírají*“, s čímž jsem se v rámci mého výzkumu také setkala (viz. slovní odpovědi na otázku č.23). (10, s. 265)

Dobrou zprávou je, že i v náročných podmínkách je valná většina respondentů (78%) za jedno s ošetřujícími lékaři a jejich spolupráce probíhá bez konfliktů. Pokud (byť v omezeném množství) nějaké konflikty nastanou, pak se nejčastěji týkají nedostatečné komunikace mezi lékařem a sestrou, či rozhodnutí okolo nastavení/ ukončení léčby. Pro toto zjištění jsem našla oporu opět v pojednání doktorky Seymourové, která zmiňuje možný původ konfliktů mezi sestrami a lékaři v jejich různém postavení, organizaci léčebné péče a tom, že

lékaři často konzultují otázky týkající se léčby spíše se svými kolegy, než se členy multidisciplinárního týmu. (10, s. 271)

Pozitivním zjištěním z mého výzkumu na závěr je, že i přes zvýšené nároky (emoční, komunikační a další), které paliativní péče na zdravotníky klade, přinesla většině z nich do života i něco pozitivního. Nejčastěji se jednalo o vážení si života a zdraví, pokoru a prožívání přítomného okamžiku. Tento jev není ojedinělý a týká se jak nevyléčitelně nemocných pacientů, tak i zdravotníků, kteří o ně pečují. Doktor Martin Kupka v rámci kapitoly *Smrt – pozitivní příspěvek k životu* odkazuje na pojetí doktora Yaloma, který: „*při práci s nevyléčitelně nemocnými zjistil, že řada z nich svou krizi a své ohrožení využívá jako příležitost ke změně a osobnímu růstu. Lidský život tak začíná na „druhém konci zoufalství“ či v okamžiku uvědomění si vlastní smrtelnosti.*“ a dále uvádí různé „*možnosti posttraumatického růstu, které mohou vzniknout v důsledku osobní konfrontace se smrtí*“ např. přeskupení životních hodnot – odsunutí nepodstatného, život v přítomného okamžiku („tady a teď“), radostné ocenění základních věcí v životě. (3, s. 58-59)

V rámci doporučení pro praxi bych chtěla vyzdvihnout hlavně důležitost přípravných kurzů, seminářů a školení. Z mého výzkumu vyplývá, že respondenti, kteří měli a využili možnosti specializovaných školení zaměřených na paliativní péči, komunikaci s umírajícími a jeho rodinou, jsou s touto přípravou spokojenější, než respondenti, kteří se věnovali např. spíše samostudiu. Lépe se také celkově vyrovnávají s emocionální náročností péče o umírající. Společné kurzy či školení navíc mohou plnit sociální roli pro sblížení a lepší týmovou spolupráci zdravotníků a byly zmiňovány jako možnost přípravy, kterou by respondenti nejvíce ocenili.

Závěr

Téma bakalářské práce „Zkušenosti sester s paliativní péčí v prostředí intenzivní medicíny“ jsem si zvolila na základě vlastní zkušenosti s paliativními pacienty na oddělení ARO VFN. Tato oblast je velmi citlivá, neboť se v ní často střetává prožívání lidí plných života (zdravotníků) s umírajícími, možnosti moderní medicíny s nevyhnutelností konce života či strach z vlastní smrtelnosti s možností osobního růstu a přesahu. Dle mého názoru se jedná o téma velmi aktuální a důležité, proto jsem jej chtěla v rámci této práce hlouběji prozkoumat.

Práci jsem rozdělila na teoretickou a empirickou část. V teoretické části jsem se zabývala nejnovějšími poznatky v oblasti paliativní péče, jejími principy, etickými otázkami, potřebami nemocných, komunikací, psychickou zátěží na pečující personál a specifiky intenzivní péče. V empirické části jsem realizovala kvantitativní výzkum dotazníkovou formou, který měl za hlavní cíl zjistit, jakou zkušenost mají sestry s péčí o paliativní pacienty v prostředí intenzivní medicíny. Tohoto cíle bylo díky rozpadu na dílčí výzkumné cíle a výzkumné otázky týkající se různých fenoménů dosaženo. Konkrétně se jednalo následující výzkumné cíle:

- Zjistit, zda se dá na péči o paliativní pacienty předem připravit, jaké mají sestry možnosti a do jaké míry jich využívají. – cíl práce splněn, sestry znají a využívají různých možností přípravy a věří v jejich užitečnost.
- Zjistit, jaké vlastnosti by sestry poskytující paliativní péči měly mít a s jakými rolemi se identifikují. – cíl práce splněn, pro sestry je nejdůležitější profesionalita a komunikační dovednosti, což je v souladu s jejich hlavními rolemi poskytovatelek ošetrovatelské péče, průvodkyň nemocí a edukátorek.
- Zjistit, jaké pocity zdravotní sestry pečující o pacienty prožívají a jak se s těmito pocity vyrovnávají. – cíl práce splněn, sestry prožívají řadu emocí z nichž nejvýraznější jsou soucit, smutek a beznaděj. Pocity příliš neventilují, ale dokáží se s nimi poměrně dobře vyrovnat.
- Zjistit, zda péče o paliativní pacienty staví zdravotní sestry do konfliktních situací a v čem tyto konflikty spočívají. – cíl práce splněn, poskytování

paliativní péče na jednotkách intenzivní péče nepředstavuje pro zdravotní sestry výraznější zdroj konfliktů.

- Zjistit, zda péče o paliativní pacienty přináší sestrám do jejich osobního či profesního života nějaké pozitivní hodnoty. – cíl práce splněn, péče o paliativní pacienty přinesla do života většiny dotazovaných nové pozitivní hodnoty. Nejčastěji se jednalo o vážení si života a zdraví, pokoru a vážení si přítomného okamžiku.

Jsem si vědoma toho, že širší záběr tohoto tématu je nad rámec možností této bakalářské práce a různé fenomény by si zasloužily hlubší prozkoumání.

Zajímavý by mohl být další výzkum týkající se efektivity různých možností dalšího vzdělávání v oblasti paliativní péče. Zjistit např. které konkrétní kurzy, v jaké délce, s jakým obsahem, počtem účastníků atd. zdravotníkům nejvíce pomáhají, případně strukturu ideálního kurzu navrhnout. Osobně bych také ráda blíže prozkoumala mechanismy posttraumatického růstu u zdravotníků, kteří se často setkávají se smrtí.

Seznam použité literatury

1. ADAM, Zdeněk a Jiří VORLÍČEK. *Paliativní medicína*. Praha: Grada, 1998. ISBN 80-7169-437-1
2. BUŽGOVÁ, Radka. *Paliativní péče ve zdravotnických zařízeních: potřeby, hodnocení, kvalita života*. Praha: Grada, 2015. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-5402-4.
3. KUPKA, Martin. *Psychosociální aspekty paliativní péče*. Praha: Grada, 2014. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-4650-0.
4. KAPOUNOVÁ, Gabriela. *Ošetřovatelství v intenzivní péči*. Praha: Grada, 2007. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-1830-9.
5. MARKOVÁ, Monika. *Sestra a pacient v paliativní péči*. Praha: Grada, 2010. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3171-1.
6. KALVACH, Zdeněk. *Manuál paliativní péče o umírající pacienty: pomoc při rozhodování v paliativní nejistotě*. Druhé upravené a doplněné vydání. Praha: Cesta domů, 2019. ISBN 978-80-88126-54-6.
7. MARKOVÁ, Monika. *Sestra a pacient v paliativní péči*. Praha: Grada, 2010. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3171-1.
8. BUŽGOVÁ, Radka. *Paliativní péče ve zdravotnických zařízeních: potřeby, hodnocení, kvalita života*. Praha: Grada, 2015. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-5402-4
9. SLÁMA, Ondřej, Ladislav KABELKA a Jiří VORLÍČEK. *Paliativní medicína pro praxi*. 2., nezměn. vyd. Praha: Galén, c2011. ISBN 978-80-7262-849-0.
10. O'CONNOR, Margaret a Sanchia ARANDA. *Paliativní péče: pro sestry všech oborů*. Vyd. 1. české. Praha: Grada, 2005. Sestra (Grada). ISBN 80-247-1295-4. (Jane Seymour)
11. SLÁMA, Ondřej a ŠPINKOVÁ, Martina a KABELKA, Ladislav. In: paliativnimedicina.cz [online]. 15. 1. 2013. [cit. 15. 5. 2021]. Dostupné z: https://www.paliativnimedicina.cz/wp-content/uploads/2016/11/standardy-pp_cspm_2013_def.pdf
12. METZNEROVÁ, Monika a Marie ZÍTKOVÁ. *Uplatnění paliativní péče v oblasti intenzivní medicíny. Anesteziologie a intenzivní medicína*. 2018, 29(5) . ISSN 1214-2158. Dostupné také z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/anesteziologie-intenzivni-medicina/2018-5-11/uplatneni-paliativni-pecce-v-oblasti-intenzivni-mediciny-107281>
13. KUNDRA, Ondřej. In: Respekt.cz, *Chtěl ji ještě pohladit...* In: Respekt.cz [online]. 25. 4. 2020. [cit. 9. 5. 2021]. Dostupné z: <https://www.respekt.cz/rozhovor/chtel-ji-jeste-pohladit>

14. BARTŮŇEK, Petr, Dana JURÁSKOVÁ, Jana HECZKOVÁ a Daniel NALOS, ed. *Vybrané kapitoly z intenzivní péče*. Praha: Grada Publishing, 2016. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-4343
15. LOUČKA, Martin. *Naděje v paliativní péči*. In: PTÁČEK, Radek a Petr BARTŮŇEK, ed. *Naděje v medicíně*. Praha: Grada, 2020. Edice celoživotního vzdělávání ČLK. ISBN 978-80-271-3077-1
16. KOPECKÝ, Ondřej, Kateřina RUSINOVÁ, Michal KOUBA a Iva MACOVÁ. *Úloha paliativní medicíny u akutních stavů*. Vnitřní lékařství. 2019, 65(6), ISSN 0042-773X. Dostupné také z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/vnitri-lekarstvi/2019-6-2/uloha-paliativni-mediciny-u-akutnich-stavu-113427>
17. 1. BALOGOVÁ, Eva a Jarmila BRAMUŠKOVÁ. *Potreby pacienta v terminálnom štádiu ochorenia*. In: Cesta k modernímu ošetrovatelství. 2018, ISBN 978-80-87347-40-9
18. DRÁBKOVÁ, Jarmila. *Rozhodování na konci a o konci života svěřených pacientů doléhá i na ošetřující zdravotníky*. Referátový výběr z anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny. Suplementum 1: Medicínsko-etická dilemata v současné intenzivní medicíně. 2017, 64(1), ISSN 1212-3048. Dostupné také z: <https://nlk.cz/zdroje/publikace-nlk/anesteziologie-resuscitace-a-intenzivni-medicina/>
19. VENGLÁŘOVÁ, Martina. *Sestry v nouzi: syndrom vyhoření, mobbing, bossing*. Praha: Grada, 2011. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3174-2
20. NHS: National Health Servicem [online]. NHS: ©2018 [cit. 21.6.2021]. Dostupné z: <https://www.nhs.uk/conditions/end-of-life-care/what-it-involves-and-when-it-starts/>
21. WHO: World Health Organization [online]. WHO: ©2020 [cit. 21.6.2021]. Dostupné z: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>
22. IAHPIC: International Association for Hospice and Palliative CareWorld [online]. IAHPIC: ©2019 [cit. 21.6.2021]. Dostupné z: <https://hospicecare.com/what-we-do/projects/consensus-based-definition-of-palliative-care/definition/>
23. MPSV: Ministerstvo práce a sociálních věcí [online]. MPSV: ©2011 [cit. 21.6.2021]. Dostupné z: https://ppropo.mpsv.cz/zakon_372_2011

Seznam obrázků, tabulek a grafů

Obrázek. č. 1 – Maslowova pyramida potřeb	20
--	-----------

Seznam příloh

Příloha č. 1 – Dotazník pro empirický výzkum	76
Příloha č. 2 – Mapování výzkumných cílů a otázek na dotazník	82
Příloha č. 3 – Souhlasy s dotazníkovým šetřením	83

Přílohy

Příloha č. 1 Dotazník pro empirický výzkum

Informace pro respondenty dotazníku

Zkušenosti sester s paliativní péčí v prostředí intenzivní medicíny

Dobrý den,

ráda bych Vás touto cestou požádala o vyplnění dotazníku k mému výzkumu v rámci bakalářské práce na téma „Zkušenosti sester s paliativní péčí v prostředí intenzivní medicíny“.

Dotazník je naprosto **anonymní** a jeho vyplnění je **dobrovolné**. Vracené dotazníky nebudou nikde publikovány, nebo naskenovány. Získané výsledky budou prezentovány pouze v sumarizované podobě pomocí statistických metod v rámci mé bakalářské práce, kterou Vám v případě zájmu samozřejmě ráda poskytnu k dispozici.

Velice si vážím Vašeho času a mnohokrát Vám děkuji za vyplnění dotazníku.

Romana Boumová

Zkušenosti sester s paliativní péčí v prostředí intenzivní medicíny

dotazník

Sekce I: Osobní údaje

1. Jaká je Vaše věková kategorie?

- ☐ 20 - 29
- ☐ 30 - 39
- ☐ 40 - 49
- ☐ 50 - 59
- ☐ 60 +

2. Pohlaví

- ☐ Muž
- ☐ Žena

3. Délka praxe ve zdravotnictví?

- ☐ 1 – 4 rol
- ☐ 5 – 9 let
- ☐ 10 – 19 let
- ☐ 20 - 29 let
- ☐ 30 a více let

4. Délka praxe v intenzivní péči (Intermediál/JIP/ARO)?

- ☐ 1 – 4 roky
- ☐ 5 – 9 let
- ☐ 10 – 19 let
- ☐ 20 - 29 let
- ☐ 30 a více let

5. Nejvyšší dosažené vzdělání ve zdravotnictví?

- ☐ SŠ
- ☐ Specializační (např. intenzivní péče)
- ☐ VOŠ
- ☐ VŠ – Bc.
- ☐ VŠ – Mgr.
- ☐ VŠ – PhD.

6. Na jakém typu oddělení pracujete?

- ☐ ARO
- ☐ JIP
- ☐ Intermediální péče
- ☐ Následná intenzivní péče
- ☐ Dlouhodobá intenzivní péče

Sekce II: Zkušenosti s paliativní péčí

7. Jak často (v průměru) poskytujete pacientům paliativní péči?

- ☐ Každou službu
- ☐ Minimálně 1x týdně
- ☐ Minimálně 1x měsíčně
- ☐ Minimálně 1x čtvrtletně
- ☐ Minimálně 1x za půl roku
- ☐ Minimálně 1x ročně

8. Znáte nějaké způsoby přípravy na péči o paliativní pacienty?

- ☐ Ano
- ☐ Ne

9. Domníváte se, že účastní na některých kurzech se můžete připravit na péči o paliativní pacienty?

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

Určitě ano

nevím

Určitě ne

10. Jakých možností přípravy na péči o paliativní pacienty jste dosud využil/a?
(můžete zvolit více možností)

- ☐ Výuka ve škole
- ☐ Specializované kurzy
- ☐ Školení na pracovišti
- ☐ Samostudium
- ☐ Jiné – prosím uveďte:

11. Zdáli se Vám tyto možnosti přípravy jako dostatečné?

- ☐ Ne
- ☐ Ano

12. Ocenil/a byste více možností přípravy na péči o paliativní pacienty, pokud ano jakých?

- ☐ Ne
- ☐ Ano, prosím uveďte:

13. Co je podle Vás pro paliativní pacienty nejdůležitější?
(můžete zvolit více možností)

- ☐ Absence bolesti
- ☐ Kontakt s rodinou
- ☐ Vyřešení životních otázek
- ☐ Víra/ spiritualita
- ☐ Důstojnost/ soukromí
- ☐ Vstřícnost sester a lékařů
- ☐ Možnost rozhodovat o své léčbě
- ☐ Dostatek informací
- ☐ Jiné:

14. Jaké role by podle Vás měly zastávat zdravotní sestry pečující o paliativní pacienty?
(můžete zvolit více možností)

- ☐ Průvodkyně nemocí
- ☐ Poskytovatelky ošetrovatelské péče
- ☐ Manažerky/ koordinátorky péče
- ☐ Edukátorky
- ☐ Advokátky
- ☐ Nositelky změn
- ☐ Výzkumnice
- ☐ Mentorky
- ☐ Jiné:

15. Jaké vlastnosti by podle vás měl mít personál pečující o paliativní pacienty? (můžete zvolit více možností)

- ☐ Schopnost zachovat profesionalitu za všech okolností
- ☐ Laskavost
- ☐ Soucit
- ☐ Něha
- ☐ Ochota se stále vzdělávat
- ☐ Ochota komunikovat
- ☐ Schopnost naslouchat
- ☐ Trpělivost
- ☐ Jiné:

16. Jak moc emocionálně náročná je pro Vás péče o paliativní pacienty?

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

Nenáročná

Náročná

17. Jaké pocity nejčastěji zažíváte/ prožíváte při péči o paliativní pacienty?

- ☐ Strach
- ☐ Smutek
- ☐ Soucit
- ☐ Beznaděj
- ☐ Vztek
- ☐ Frustrace
- ☐ Bolest
- ☐ Smíření
- ☐ Vděčnost
- ☐ Odstup
- ☐ Jiné

18. Jak moc na sobě dáváte svoje emoce znát při péči o paliativní pacienty?

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

Vždy

Nikdy

19. Jak se vyrovnáváte s péčí o paliativní pacienty?

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

Lehce

Těžce

20. Vzal/a jste si někdy při rozdělování pacientů raději jiného - nepaliativního pacienta?

- ☐ Ne
- ☐ Ano

21. Co Vám nejvíce pomáhá vyrovnat se s náročnými případy paliativní péče?

- ☐ Rodina
- ☐ Přátelé
- ☐ Kolegové
- ☐ Hobby/koníčky
- ☐ Sport
- ☐ Pobyt v přírodě
- ☐ Jídlo
- ☐ Alkohol
- ☐ Čas
- ☐ Meditace
- ☐ Jiné:

22. Jak těžké je pro Vás "přepnout se" z život zachraňujícího módu do pouze pečujícího módu u paliativních pacientů?

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

vysvětlení škály:

- 1- Ne vždy je to lehké, ale souhlasím s tím, že i když není vždy možné život zachránit, jeho konec musí být kvalitní.
- 3 - Nepřemýšlím o tom/ nevnímám to jako problém.
- 5 - Vždy je to těžké, protože věřím v to, že vždy se musíme snažit zachránit života každého pacienta.

23. Stává se Vám často, že vám pacienti říkají, že už chtějí zemřít?

- ☐ Ne
☐ Ano

24. Pokud ano, jak v takových situacích obvykle reagujete?

- ☐ Zeptám se pacienta, co tím myslí
☐ Odvedu pacienta od tématu
☐ Snažím se to zlehčit
☐ Řeknu, že ty pocity chápu
☐ Upravím léčbu, zvýším dávku léků dle ordinace lékaře
☐ Doporučím psychologa
☐ Zavolám lékaře
☐ Jinak:

25. Zažíváte při péči o paliativní pacienty morální dilemata? Pokud ano, jaká?

- ☐ Ne
☐ Ano, prosím uveďte:

26. Dostal/a jste se někdy při péči o paliativní pacienty do konfliktu s ošetřujícím lékařem? Pokud ano, v čem tento konflikt spočíval?

- ☐ Ne
☐ Ano, prosím uveďte:

27. Vnímáte někdy možnosti současné medicíny (např. možnost prodloužení života na ARO) jako v rozporu s péčí o paliativní pacienty?

- ☐ Ne
☐ Ano


28. Přinesla Vám péče o paliativní pacienty do Vašeho osobního či profesního života nějaký nový rozměr? Pokud ano...jaký?

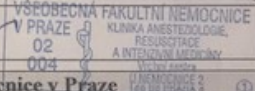
- ☐ Ne
☐ Ano, uveďte prosím jaký (můžete zvolit více možností)
- ☐ Vážení si života a zdraví
☐ Náhled
☐ Pokoru
☐ Prožívání přítomného okamžiku
☐ Úzkost/ Strach
☐ Deprese
☐ Beznaděj
☐ Jiné:

Příloha č. 2 – Mapování výzkumných cílů a otázek na dotazník

Hlavní výzkumný cíl:	Dílčí výzkumné cíle:	Výzkumné otázky:	Otázky v dotazníku
1. Zjistit, jakou zkušenost mají sestry s péčí o paliativní pacienty v prostředí intenzivní medicíny.		Socio-demografické údaje	Otázka č. 1 - věk
			Otázka č. 2 - pohlaví
			Otázka č. 3 - délka praxe ve zdravotnictví (v letech)
			Otázka č. 4 - délka praxe v intenzivní péči
			Otázka č. 5 - nejvyšší dosažené vzdělání ve zdravotnictví
			Otázka č. 6 - Na jakém typu oddělení pracujete ?
			Otázka č. 7 - Jak často poskytlujete pacientům paliativní péči ?
	2. Zjistit, zda se dá na péči o paliativní pacienty předem připravit, jaké mají sestry možnosti a do jaké míry jich využívají.	1. Jaké způsoby předchozí přípravy na péči o paliativní pacienty sestry znají a do jaké míry v ně věří?	Otázka č. 8 - Znáte nějaké způsoby přípravy na péči o paliativní pacienty ?
			Otázka č. 9 - Domníváte se, že účastní na některých kurzech se můžete připravit na péči o paliativní pacienty?
		2. Jakých možností příprav na péči o paliativní pacienty sestry skutečně využívají?	Otázka č. 10 - Jakých možností přípravy na péči o paliativní pacienty jste dosud využili/a? (můžete zvolit více možností)
			Otázka č. 11 - Zdá-li se Vám tyto možnosti přípravy jako dostatečné?
	3. Zjistit, jaké vlastnosti by sestry poskytující paliativní péči měly mít a s jakými rolemi se identifikují.	4. Je role sester v souladu s tím, co považují pro paliativní pacienty za nejdůležitější?	Otázka č. 12 - Ocenil/a byste více možností přípravy na péči o paliativní pacienty, pokud ano jakých?
			Otázka č. 13 - Co je podle Vás pro paliativní pacienty nejdůležitější? (můžete zvolit více možností)
	4. Zjistit, jaké pocity zdravotní sestry pečující o pacienty prožívají a jak se s těmito pocity vyrovnávají.	3. Jaké vlastnosti by sestry pečující o paliativní pacienty měli mít?	Otázka č. 14 - Jaké role by podle Vás měly zastávat zdravotní sestry pečující o paliativní pacienty? (můžete zvolit více možností)
			Otázka č. 15 - Jaké vlastnosti by podle vás měl mít personál pečující o paliativní pacienty? (můžete zvolit více možností)
		5. Jak se zdravotní sestry při péči o paliativní pacienty cítí a jak se se svými pocity vyrovnávají?	Otázka č. 16 - Jak moc emocionálně náročná je pro Vás péče o paliativní pacienty?
			Otázka č. 17 - Jaké pocity nejčastěji zažíváte/ prožíváte při péči o paliativní pacienty?
			Otázka č. 18 - Jak moc na sobě dáváte svoje emoce znát při péči o paliativní pacienty?
			Otázka č. 19 - Jak se vyrovnáváte s péčí o paliativní pacienty?
			Otázka č. 20 - Vzal/a jste si někdy při rozdělování pacientů raději jiného - nepaliativního pacienta?
			Otázka č. 21 - Co Vám nejvíce pomáhá vyrovnat se s náročnými případy paliativní péče?
			Otázka č. 22 - Jak těžké je pro Vás "přepnout se" z život zachraňujícího módu do pouze pečujícího módu u paliativních pacientů?
			Otázka č. 23 - Stává se Vám často, že vám pacienti říkají, že už chtějí zemřít?
			Otázka č. 24 - Pokud ano, jak v takových situacích obvykle reagujete?
	5. Zjistit, zda péče o paliativní pacienty staví zdravotní sestry do konfliktních situací a v čem tyto konflikty spočívají.	6. Dostávají se zdravotní sestry pečující o paliativní pacienty do konfliktních situací a pokud ano, jaké povahy tyto konflikty jsou?	Otázka č. 25 - Zažíváte při péči o paliativní pacienty morální dilemata? Pokud ano, jaká?
			Otázka č. 26 - Dostal/a jste se někdy při péči o paliativní pacienty do konfliktu s ošetřujícím lékařem? Pokud ano, v čem tento konflikt spočíval?
	6. Zjistit, zda péče o paliativní pacienty přináší sestrám do jejich osobního či profesního života nějaké pozitivní hodnoty.	7. Přináší péče o paliativní pacienty sestrám do profesního či osobního života nějaké pozitivní hodnoty, pokud ano, jaké?	Otázka č. 27 - Vnímáte někdy možnosti současné medicíny (např. možnost prodloužení života na ARO) jako v rozporu s péčí o paliativní pacienty?
			Otázka č. 28 - Přinesla Vám péče o paliativní pacienty do Vašeho osobního či profesního života nějaký nový rozměr? Pokud ano...jaký?

Příloha č. 3 – Souhlasy s dotazníkovým šetřením

		Všeobecná fakultní nemocnice v Praze U nemocnice 2, 128 00 Praha 2 Žádost o dotazníkovou akci		F-VFN-075 Strana 1 z 1 Verze číslo: 2	
---	--	---	--	---	--

Žádost o umožnění dotazníkové akce v souvislosti s odbornou prací					
Příjmení a jméno žadatele		Romana Boumová			
Kontaktní adresa		Škroupova 2467/11 Říčany 251 01			
Telefon	607732633	e-mailová adresa	romanaboum@gmail.com		
Škola / fakulta	3.LF UK				
Obor studia	Ošetrovatelství				
Téma závěrečné práce					
Zkušenosti sester s paliativní péčí v prostředí intenzivní medicíny					
Termín sběru dat					
Pracoviště, kde bude sběr probíhat					
Pracoviště ARO, JIP					
Zjišťované informace					
Zkušenosti sester s paliativní péčí v intenzivní medicíně, jejich pohled na péči					
Forma prezentace dat:					
Součást bakalářské práce					
Poučení žadatele:	1. Žadatel se zavazuje, že zachová mlčenlivost o skutečnostech, o nichž se dozví v souvislosti s prováděným výzkumem a sběrem dat. 2. Dotazníky použité při sběru dat musí být anonymní. 3. Po zpracování výsledků je žadatel povinen je předložit příslušnému náměstkovi, který dotazníkové šetření povolil. 4. Prezentace výsledků s uvedením jména Všeobecné fakultní nemocnice v Praze je možná pouze se souhlasem ředitele VFN.				
Datum:	7. 7. 2021	Podpis žadatele	Boumová		
Vyjádření vedení pracoviště					
Vyjádření vrchní sestry / primáře / přednosty		<input checked="" type="checkbox"/> Souhlasím <input type="checkbox"/> Nesouhlasím			
Datum	7. 7. 2021	Podpis	Mgr. Lenka Kramářová		
					
Vyjádření vedení Všeobecné fakultní nemocnice v Praze					
Odpovědný náměstek / ředitel					
Vyjádření příslušného náměstka / ředitele		<input checked="" type="checkbox"/> Souhlasím <input type="checkbox"/> Nesouhlasím			
Bude za šetření vyžadována úhrada		<input type="checkbox"/> Ano <input checked="" type="checkbox"/> Ne Částka			
Datum	9. 07. 2021	Podpis	Mgr. Dita Svobodová		

VŠEOBECNÁ FAKULTNÍ NEMOCNICE
 V PRAZE
 NÁMĚSTEK PRO NELÉKAŘSKÁ
 ZDRAVOTNICKÁ FOVOVÁNÍ
 128 08 PRAHA 2, U NEMOCNICE 499/2



Všeobecná fakultní nemocnice v Praze

U nemocnice 2, 128 00 Praha 2

Žádost o dotazníkovou akci

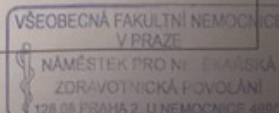
F-VFN-075

Strana 1 z 1

Verze číslo: 2

Žádost o umožnění dotazníkové akce v souvislosti s odbornou prací

Příjmení a jméno žadatele	Romana Boumová		
Kontaktní adresa	Škroupova 2467/11 Říčany 251 01		
Telefon	607732633	e-mailová adresa	romanaboum@gmail.com
Škola / fakulta	3.LF UK		
Obor studia	Ošetrovatelství		
Téma závěrečné práce	Zkušenosti sester s paliativní péčí v prostředí intenzivní medicíny		
Termín sběru dat			
Pracoviště, kde bude sběr probíhat	Pracoviště ARO, JIP		
Zjišťované informace	Zkušenosti sester s paliativní péčí v intenzivní medicíně, jejich pohled na péči		
Forma prezentace dat:			
Součást bakalářské práce			
Poučení žadatele:	<ol style="list-style-type: none">Žadatel se zavazuje, že zachová mlčenlivost o skutečnostech, o nichž se dozví v souvislosti s prováděným výzkumem a sběrem dat.Dotazníky použité při sběru dat musí být anonymní.Po zpracování výsledků je žadatel povinen je předložit příslušnému náměstkovi, který dotazníkové šetření povolil.Prezentace výsledků s uvedením jména Všeobecné fakultní nemocnice v Praze je možná pouze se souhlasem ředitele VFN.		
Datum:		Podpis žadatele	
Vyjádření vedení pracoviště			
Vyjádření vrchní sestry / primáře / přednosta		<input checked="" type="checkbox"/> Souhlasím	VŠEOBECNÁ FAKULTNÍ NEMOCNICE V PRAZE
Datum	12. 4. 2021	Podpis	Mgr. Petra Čamprlová Vrchní sestra I. chirurgická klinika
Vyjádření vedení Všeobecné fakultní nemocnice v Praze			
Odpovědný náměstek / ředitel			
Vyjádření příslušného náměstka / ředitele		<input checked="" type="checkbox"/> Souhlasím	<input type="checkbox"/> Nesouhlasím
Bude za šetření vyžadována úhrada		<input type="checkbox"/> Ano <input checked="" type="checkbox"/> Ne	Částka
Datum	12. 4. 2021	Podpis	Mgr. Petra Čamprlová Vrchní sestra I. chirurgická klinika





Všeobecná fakultní nemocnice v Praze
U nemocnice 2, 128 00 Praha 2
Žádost o dotazníkovou akci

F-VFN-075
Strana 1 z 1
Verze číslo: 2

Žádost o umožnění dotazníkové akce v souvislosti s odbornou prací

Příjmení a jméno žadatele	Romana Boumová		
Kontaktní adresa	Škroupova 2467/11 Říčany 251 01		
Telefon	607732633	e-mailová adresa	romanaboum@gmail.com
Škola / fakulta	3.LF UK		
Obor studia	Ošetrovatelství		
Téma závěrečné práce			
Zkušenosti sester s paliativní péčí v prostředí intenzivní medicíny			
Termín sběru dat			
Pracoviště, kde bude sběr probíhat			
Pracoviště ARO, JIP			
Zjišťované informace			
Zkušenosti sester s paliativní péčí v intenzivní medicíně, jejich pohled na péči			
Forma prezentace dat:			
Součást bakalářské práce			
Poučení žadatele:	<ol style="list-style-type: none">Žadatel se zavazuje, že zachová mlčenlivost o skutečnostech, o nichž se dozví v souvislosti s prováděným výzkumem a sběrem dat.Dotazníky použité při sběru dat musí být anonymní.Po zpracování výsledků je žadatel povinen je předložit příslušnému náměstkovi, který dotazníkové šetření povolil.Prezentace výsledků s uvedením jména Všeobecné fakultní nemocnice v Praze je možná pouze se souhlasem ředitele VFN.		
Datum:	12.7.2021	Podpis žadatele	
Vyjádření vedení pracoviště			
Vyjádření vrchní sestry / primáře / přednosta	<input checked="" type="checkbox"/> Souhlasím <input type="checkbox"/> Nesouhlasím		
Datum	12.7.2021	Podpis	Mgr. Petra Králová vrchní sestra
Vyjádření vedení Všeobecné fakultní nemocnice v Praze			
Odpovědný náměstek / ředitel			
Vyjádření příslušného náměstka / ředitele	<input checked="" type="checkbox"/> Souhlasím <input type="checkbox"/> Nesouhlasím		
Bude za šetření vyžadována úhrada	<input type="checkbox"/> Ano <input checked="" type="checkbox"/> Ne	Částka	
Datum	12.7.2021	Podpis	Mgr. Petra Králová vrchní sestra

VŠEOBECNÁ FAKULTNÍ NEMOCNICE
V PRAZE
NÁVŠTĚV PRO NELEKÁŘSKÁ
ZDRAVOTNICKÁ POVOLÁNÍ
128 08 PRAHA 2, U NEMOCNICE 499/2